DE

L'ÉPILEPSIE

DANS

L'HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE



PUBLICATIONS DU *PROGRÈS MÉDICAL*

DE

L'ÉPILEPSIE

DANS

L'HÉMIPLÉGIE SPASMODIQUE INFANTILE

PAR

Théodore WUILLAMIER

DOCTEUR EN MÉDECINE

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HÔPITAUX

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

5 figures dans le texte. — 2 planches lithographiées.

PARIS

AUX BUREAUX DU

PROGRÈS MÉDICAL

6, rue des Écoles, 6.

A. DELAHAYE & E. LECROSNIER

ÉDITEURS

Place de l'École de Médecine.

1882

PREMIÈRE PARTIE.

Notions préliminaires.

CHAPITRE PREMIER.

Définition, Historique.

I.

Lorsqu'on suit avec attention, pendant un certain temps, un service affecté aux épileptiques, on ne tarde pas à s'apercevoir que le mal comitial n'est pas une maladie absolument autonome, mais qu'il diffère dans son évolution d'un groupe de malades à un autre groupe, qu'il présente en un mot diverses modalités.

Nous ne faisons pas allusion, en ce moment, aux nombreuses formes de l'épilepsie idiopathique, vulgaire, connues et décrites depuis longtemps, telles que : *Vertige*, *petit mal*, *grand mal*, *forme apoplectique* (Romberg), *formes larvées*, etc.

Mais il en est d'autres, qui se singularisent non seulement par leur mode de *début*, mais encore par la *marche* de la maladie tout entière, par l'apparition de *symptômes spéciaux* concomitants, enfin par leur *terminaison* souvent favorable, laquelle permet de porter sur elles un pronostic un peu moins sombre.

Au nombre de celles-ci, nous rencontrons la classe importante des *épilepsies partielles*, que les auteurs de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière* définissent ainsi: *Des formes de l'épilepsie dans lesquelles les convulsions sont limitées d'ordinaire à une moi-*

tié du corps, ou même circonscrites à une des régions du corps, par exemple, à l'une des moitiés de la face, à un bras ou à une jambe.

Du fait de cette définition, on voit bien qu'il s'agit d'une affection convulsive *partielle*, mais on pourra peut-être élever des doutes sur la nature de la maladie, et nous demander la preuve que c'est bien là une forme d'épilepsie. Nous répondrons alors, en renvoyant à quelques-unes de nos observations (Cassaig...). On pourra voir là que lorsque les accès sont isolés, ou faibles, ou lorsque le malade a le temps de recourir à certains artifices, la crise convulsive se limite à l'un des membres, tandis que, au contraire, si les accès se multiplient, sont forts, ou subits, les convulsions se généralisent, la perte de connaissance survient, et on voit se dérouler tout le tableau de l'épilepsie commune.

D'un autre côté, peut-on douter que les crises partielles et les crises généralisées soient de même nature, et présentent réellement une double manifestation d'une même maladie, lorsqu'on voit Cassaig..., par exemple, pouvoir limiter son accès à la jambe, au moyen de fortes tractions faites sur ce membre, par ses camarades, et avoir la faculté de le laisser se généraliser, lorsque les secousses locales le fatiguent trop, en disant seulement à ses aides « lâchez tout ! »

II.

Bien que l'épilepsie partielle soit un syndrome dont l'étude est relativement récente, néanmoins on peut déjà, lorsqu'on est prévenu, en découvrir très loin des traces. C'est ainsi qu'Hippocrate, ce génie d'observation que toujours on devrait préalablement feuilleter avant toute découverte, avait remarqué que, dans certains cas, les *convulsions épileptiques n'attaquaient qu'une moitié du corps*, et qu'on pouvait quelquefois *arrêter des accès partant de la main ou du pied.*

Beaucoup d'autres médecins ont encore, après lui, rapporté des cas d'épilepsie soit partielle, soit débutant par une région limitée et se généralisant ensuite. Parmi ceux-ci nous citerons Galien, Alexandre de Tralles, Wepfer, Hollier, Eraste, Jensius, Portal, Schatz, Laurentius, Handel ; mais, si nous renonçons à reproduire ici *in extenso* leurs observations, nous tenons pourtant à mettre en relief ce fait, d'accord avec ce que nous avons laissé pressentir du pronostic, c'est que la plupart de ces cas publiés le sont, non comme appartenant à une modalité spéciale de l'épilepsie, mais comme des cas d'*épilepsie suivie de guérison*. N'est-il pas curieux que presque tous les rares succès remportés dans la cure de l'épilepsie aient été obtenus sur des cas se rapprochant jusqu'à un certain point de la forme qui nous occupe. Boerhaave seul nous empêche de généraliser, car pour lui l'hémiplégie était une grave complication de l'épilepsie, ainsi qu'il le déclare par cette phrase : *Desinit epi-*

lepsia in apoplexiam paralysin, hemiplexiam..... omine fatali (1).

Saillant a publié dans l'*Histoire de la Société royale de Médecine* (1799) deux cas se rattachant directement à notre sujet : Dans l'un, « la bouche ou l'œil ou le cou, ou la main entrent en convulsion ; *ces parties deviennent plus faibles*, et *supportent la lésion dont les autres parties sont garanties.* » Nous retrouvons dans cette courte description la *localisation* et la *paralysie* qui se rencontrent dans l'épilepsie hémiplégique. Dans l'autre cas, qui peut être rapproché de l'observation de Cassaig... « *l'accès était précédé d'une violente palpitation de cœur, et dans ce moment le malade prévenait l'accès en se faisant tirer à grande force le bras droit.* »

Andry et Thouret avaient déjà fait insérer dans la même publication (1782) une observation qui se rapproche d'une façon frappante, quant à l'évolution de la maladie, des cas qu'il nous a été donné d'observer nous-même :

A. Guigard, disent-ils, âgé de *sept ans et demi*, convalescent depuis huit jours d'une fièvre continue ayant duré cinq semaines, éprouva deux saisissements violents à la suite desquels il tomba dans des *convulsions qui durèrent toute la nuit.* Elles cessèrent vers le matin, mais l'enfant demeura *sans parole, privé de l'usage de ses sens, et paralysé de la moitié du corps du côté droit : cet état dura trois semaines.* Au bout de ce temps, il recouvra la parole et l'usage de ses sens, mais on remarqua qu'il avait perdu *la raison* dont il avait joui jusqu'au moment de ses convulsions dans le degré ordinaire aux enfants de son âge. Au bout de cinq semaines, la bouche était redressée et revenue à son état naturel.

A la suite de nombreuses séances d'électricité, il parut *complè-*

(1) L'auteur de cette phrase n'aurait-il pas plutôt en vue l'épilepsie survenant chez un hémiplégique de l'âge avancé ? nous ne serions pas éloigné de le croire.

tement guéri de sa paralysie; il était encore sujet, au moindre bruit qu'il entendait inopinément, à être frappé d'un saisissement subit : il pâlissait, chancelait, lâchait quelques gouttes d'urine, et revenait en un instant en son état naturel. Ces symptômes ayant fait craindre qu'*il ne devînt épileptique*, on supprima l'électricité. A cela, il se joignit bientôt de *légers symptômes épileptiques* qui variaient pour le temps où ils avaient lieu, la fréquence et la manière dont ils se manifestaient.

Des aimants dissipèrent les frayeurs de jour, mais il lui survint des *accès de nuit* plus longs que dans le temps où, pendant la journée, il éprouvait des frayeurs ; les symptômes épileptiques ne duraient que *deux minutes*.

Il est incontestable pour nous, qu'en parcourant tous les auteurs anciens qui ont écrit sur le mal sacré, nous pourrions faire une ample moisson de faits pouvant être rapprochés de nos observations, mais pour voir classer à part les cas d'épilepsie limitée à une portion du corps, il faut arriver jusqu'en 1827, à la thèse de Bravais, qui aura plus tard la gloire d'avoir le premier prononcé le nom d'*épilepsie hémiplégique* (1) et d'avoir le premier classé à part les malades atteints d'*Épilepsie localisée.* Mais cette tentative resta sans imitateur, et la thèse de Bravais était tombée dans l'oubli lorsqu'en 1868 un médecin anglais, M. Hughlings Jackson, fit connaître le résultat de ses observations sur l'*épilepsie partielle.* Ce fut là, pour la maladie qui nous occupe, le signal d'une ère nouvelle ; c'est de ce jour qu'on reconnut véritablement son entité. L'école de la Salpêtrière s'en empara. M. Charcot consacra en 1876 des leçons à l'*épilepsie partielle d'origine syphilitique;* la même année, M. Bourneville présenta à la *Société anatomique* le cerveau de Merl... avec une longue étude clinique à

(1) Bravais. — *Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique.* Thèse de Paris, n° 118, 1827.

l'appui (1) ; bientôt après il communiqua à la *Société de biologie*, l'observation, de Laul.. (2). Enfin parut en 1878 dans l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière*, le premier exposé permettant d'avoir une vue d'ensemble sur les épilepsies partielles. Dans ce travail, M. Bourneville s'est surtout attaché à décrire l'*épilepsie hémiplégique infantile*, les accidents qui lui donnent naissance, et son évolution.

La question en était là, lorsque ce cher maître envers lequel nous avons de nombreux motifs de reconnaissance, nous inspira l'ambition d'apporter notre faible contingent à ces études encore si nouvelles. Il voulut bien nous favoriser de ses conseils expérimentés et nous confier des notes et des observations dont la réunion lui a demandé beaucoup de soin et de temps. Qu'il nous permette de ne pas laisser perdre cette occasion de lui témoigner avant tout notre vive gratitude pour tant de preuves d'estime et de sympathie.

---

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, juillet 1876.
(2) *Gazette Médicale*, 1876, n°s 50 et 51.

CHAPITRE II.

Division du sujet.

Quelque limitée que puisse paraître la classe des *épilepsies partielles*, elle est encore trop vaste, et renferme des éléments trop divers pour que son étude puisse se faire sans division. Bravais lui-même l'avait déjà compris, et prenant pour base le point par lequel débutait l'accès, il distingua cinq variétés d'*épilepsie hémiplégique* : 1° celle dont l'accès débute par la tête ; 2° celle qui commence par le bras ; 3° celle qui part du pied ; 4° celle dont l'aura part d'un organe abdominal ou thoracique ; 5° celle qui dépend d'une maladie locale des nerfs, soit dans leur trajet, soit vers leurs extrémités.

On doit savoir gré à Bravais de cet essai de classification, mais ce qui crée les variétés d'épilepsie partielle, ce sont moins les points divers par lesquels débute la crise, que les divers aspects que peuvent revêtir les accès eux-mêmes durant leur évolution. Aussi M. Charcot a-t-il émis l'opinion qu'il serait possible de distinguer dans l'épilepsie partielle les trois variétés suivantes :

1° L'*épilepsie partielle* ou *hémiplégique proprement dite ;*

2° L'*épilepsie partielle tonique* ou *avec contracture ;*

3° L'*épilepsie partielle vibratoire.*

Cette division sera peut être modifiée plus tard, lorsqu'on disposera d'observations complètes, avec des au-

topsies bien pratiquées. Quoi qu'il en soit, et telle qu'elle est, M. Bourneville l'a adoptée dans son mémoire et pour la classification des malades de son service ; c'est aussi d'après cette base que nous avons dirigé nos recherches personnelles.

Notre intention n'est pas d'entreprendre une description des trois variétés qui constituent la classe des épilepsies partielles ; nous sommes forcé de nous limiter et nous nous bornerons à l'étude de la variété qui nous paraît de beaucoup la plus fréquente, pour ne pas dire la plus intéressante, c'est-à-dire de l'*épilepsie hémiplégique infantile proprement dite.*

Mais, afin d'éviter des confusions faciles et possibles, il ne nous semble pas inutile de rapporter, au préalable, un cas de chacune des deux autres variétés, afin de bien montrer ce quelles sont, et, au besoin, par quoi elles diffèrent de celle qui nous occupera plus particulièrement.

Epilepsie partielle tonique.

Les cas *d'épilepsie partielle tonique* ou *avec contracture* sont assez rares, et parmi les cent cinquante malades du service de Bicêtre, il ne nous a pas été possible d'en trouver un seul. Nous avons donc dû recourir à la bienveillance de M. Bourneville, qui nous a remis, afin de la publier complètement, l'observation d'une malade de la Salpêtrière dont les principaux traits ont déjà été signalés dans l'*Iconographie photographique.*

Observation I.

Sommaire. — *Père : excès alcooliques. — Début de l'épilepsie à 20 ans à la suite d'une émotion pendant des couches. — Concomitance d'épilepsie partielle et d'épilepsie ordinaire. — Description d'un accès partiel. — Description d'un accès ordinaire. — Autopsie.*

Broch..., Adèle, M. C., batteuse d'or, est entrée à la Salpêtrière le 19 février 1866, dans le service de M. Delasiauve. Elle était âgée de 31 ans. En 1870, elle passa dans le service de M. Charcot.

Antécédents. (*Renseignements fournis en* 1866 *par la malade et par son frère.*) — *Père,* mort phthisique à 48 ans ; il avait fait quelques *excès de boisson.* — *Mère* bien portante, sans accident nerveux (1) ; aucun aliéné, épileptique, etc., dans la famille.

Pas de consanguinité.

Durant l'enfance, Br... a eu beaucoup de gourmes (glandes au cou, otites, etc.), la rougeole vers 9 ans ; une varioloïde à 10 ans (elle avait été vaccinée). — Réglée un peu avant 14 ans, facilement et régulièrement. Les règles ont toujours été, et sont encore précédées pendant trois ou quatre jours de douleurs lombaires. Entre les époques, elle perd un peu en blanc.

Mariée à 18 ans, elle a eu huit enfants en 7 ans. Cinq sont morts jeunes, sans avoir eu de maladies nerveuses. Les autres sont vivants et bien portants. C'est durant son quatrième accouchement, *qui fut double,* que sont survenus les accès d'épilepsie.

Elle venait de mettre au monde son premier enfant, quand son mari rentra ivre, selon sa coutume ; il se prit de querelle avec sa belle-mère, qui assistait sa fille. Celle-ci en fut vivement impressionnée, et eut, quelques instants après, une *attaque de nerfs,* avec perte de connaissance, durant laquelle elle accoucha du second enfant. Elle se remit facilement de ses couches. Br... eut sa seconde attaque six semaines après la première ; elle la décrit ainsi : « Sensation d'étouffement, de serrement à la gorge, d'é-

---

(1) Elle est morte depuis, en 1874, à la Salpêtrière des suites d'une brûlure.

tourdissement ; impossibilité de parler, puis *torsion des membres* ; enfin, soif vive. »

De 22 ans à 30 ans, les accès se seraient montrés au nombre de quatre ou cinq par mois ; ils venaient au moment et surtout à la fin des règles. En automne 1865 (Br... avait 30 ans), elle eut une *série d'accès* à la suite desquels « ma raison, dit-elle, s'était complètement retirée. » Elle aurait alors essayé de se suicider en se jetant par la fenêtre. Elle fut conduite à l'hôpital Saint-Antoine où elle resta 21 jours.

Certains accès sont précédés d'une sensation d'étouffement durant une dizaine de minutes ; d'autres sont subits. Consécutivement, elle est fatiguée et courbaturée. Les accès sont nocturnes et surtout diurnes.

1866, 23 *février*. — Br... a eu ce matin un *étourdissement* à la suite duquel elle a conservé pendant une quinzaine de minutes de l'incohérence dans ses idées ; quand on lui parlait, elle prononçait des paroles qui n'avaient aucun rapport avec la demande ; elle passait d'une idée à une autre.

1[er] *mars*. — Etat général satisfaisant, souffle cardiaque au premier temps, se prolongeant dans les vaisseaux du cou. De temps à autre, Br... est sujette à de petites crises caractérisées par des *palpitations cardiaques*, une pâleur violacée de la face, une grande anxiété. La main apposée sur la région du cœur constate que les battements sont très forts et très rapides. La *sensibilité* à la piqûre est conservée, mais elle est moins vive à droite qu'à gauche.

1[er] *novembre*. Après un accès elle a eu une *contracture du membre supérieur droit*, qui a duré 15 à 20 minutes.

3 *novembre*. *Accès de contracture*.

1874. — Br.... est sujette à des accès d'épilepsie vulgaire, et à des accès d'un genre particulier que l'on peut désigner sous le nom de *crises rotatoires* ou plutôt d'*épilepsie partielle tonique* ou *avec contracture*, pour nous servir de la dénomination adoptée par M. Charcot.

Aura. — Br... dit que, un peu avant l'accès d'épilepsie partielle elle ressent une douleur au sommet de la tête ; le point qu'elle indique répond à l'entrecroisement avec la ligne antéro-postérieure, d'une ligne qui passerait par les deux conduits auditifs. Cette douleur, qui s'étendrait plus à gauche qu'à droite, s'accompagnerait de battements. Elle ne persisterait pas dans l'intervalle des accès. Il s'y ajoute bientôt une douleur constric-

tive à l'épigastre, où la malade porte la main gauche. Puis les trois derniers doigts de la main droite s'allongent, se raidissent, se collent l'un contre l'autre, sans être le siège de fourmillements ; la moitié droite du cou devient raide, les muscles en se contracturant font incliner la tête vers l'épaule ; un éclair passe devant les yeux de la malade, les paupières se ferment, la face pâlit très fortement; elle fait signe qu'elle va être malade, cherche à s'asseoir. L'accès arrive, Br... est assise sur l'angle *d'une chaise,* au moment où nous décrivons ce qui suit :



Fig. 1.

Description d'un accès : la face est très pâle, et la physionomie hébétée; la tête s'incline sur l'épaule gauche ; les paupières

sont animées de petits mouvements convulsifs (souvent elles sont fermées et contracturées) et, en les écartant, on constate que les globes oculaires sont plus ou moins fortement déviés en haut; les pupilles sont dilatées. Br... *n'a pas perdu connais-*



Fig. 2.

sance, et fait signe à ce moment qu'elle voit. La contracture des mâchoires l'empêche absolument de parler.

Le *bras droit* se contracte dans *l'extension* et la *pronation* (*fig.* 1) la main se tord et se met à angle droit sur le bras qui se porte

d'abord sur la partie latérale et postérieure du tronc; l'index et le médius sont allongés, l'annulaire et l'auriculaire demi-fléchis. Le *membre inférieur droit* est souvent contracturé dans l'extension, mais la contracture est bien moins intense qu'au bras; dans certains accès elle fait défaut.

Cette première phase dure de quelques secondes à une minute. Puis la malade tourne sur le coin de sa chaise, de *gauche à droite*, la tête demeurant toujours inclinée sur l'épaule droite, mais le menton se rapproche du sternum, et, à un moment, la partie antérieure du corps est dirigée vers le dos de la chaise. En même temps que s'exécute cette rotation, *l'avant-bras se fléchit à angle droit sur le bras et vient s'appliquer en travers de la région dorso-lombaire* (*fig.* 2).

Au bout de deux ou trois minutes, Br... décrit un mouvement de rotation en sens inverse du précédent, c'est-à-dire de *droite à gauche*, et reprend par conséquent sa première position. Durant ce second mouvement de rotation, les battements des paupières cessent, les yeux s'ouvrent, l'avant bras s'étend brusquement sur le bras qui tressaute, se balance plusieurs fois et retombe lourdement sur la cuisse, offrant l'attitude qu'il avait dans la première phase. Simultanément la tête se redresse, la main qui était fléchie s'allonge entièrement, la contracture des mâchoires disparaît. La pâleur de la face, l'anxiété qui n'avaient pas diminué jusqu'à ce moment s'effacent progressivement. La malade demande à boire et avale rapidement un ou deux verres d'eau; les dents claquent sur le verre. Enfin la contracture disparaît totalement au membre supérieur.

Dès que Br... a bu, elle se lève; la crise a duré 8 minutes, d'autres fois elle dure 3 à 5 minutes. Elle revient vite à elle, car elle ne perd pas entièrement connaissance, elle n'a que pendant quelques secondes un peu de confusion des idées. La contracture des mâchoires l'empêcherait seule, durant la crise, de répondre aux questions qu'on lui pose. Aussitôt l'accès passé, elle reprend l'usage de la parole et se plaint d'éprouver des tiraillements dans l'épaule, dans l'articulation temporo-maxillaire et dans la tempe droite. Elle accuse encore une souffrance à la région cardiaque, des palpitations, des tiraillements du genou aux orteils du côté droit; elle ne répond pas encore d'une façon nette et précise aux questions. Les pupilles ont repris leurs dimensions normales; pas de sucre, ni d'albumine dans les urines aussitôt après ces accès.

D'ordinaire, les membres du côté gauche ne sont pas envahis par la contracture; pourtant depuis 1876 on aurait vu quelquefois le bras gauche pris de « retournement » en même temps que les membres du côté droit, mais jamais isolément.

Les accès d'épilepsie ordinaire sont aussi précédés d'une *aura*: la malade a un sentiment de constriction à l'épigastre, un éclair passe devant ses yeux. Ces phénomènes ne durent que quelques secondes, mais cela suffit pour qu'elle puisse avertir et ne jamais se blesser.

1878. — 1er *février*. Un accès d'épilepsie ordinaire. — 3 *février*. Un accès d'épilepsie partielle. — 8 *février*. Deux accès ordinaires. — 9 *février*. Trois vertiges. — 11 *février*. Un accès ordinaire et un vertige.

12 *février*. Rien dans la journée. A partir de 8 heures du soir, jusqu'au 13 février à 4 heures du matin, 19 accès ordinaires et 5 vertiges.

Anesthésie par le *chloroforme*, suivie d'un calme complet jusqu'à 1 heure de l'après-midi (13 *fév.*). Depuis lors jusqu'à 8 heures du soir, 34 accès.

Dans la nuit du 13 au 14 *février*, 13 accès. Depuis 6 heures du matin jusqu'à 9 heures, 6 accès. A 9 heures 1[2, Br... est dans l'état suivant : face pâle, fraîche ; paupières entr'ouvertes, yeux fixes, dirigés en haut; pupilles un peu contractées, mobiles d'ailleurs; bouche entr'ouverte, laissant voir la langue qui se soulève à chaque inspiration et dont la pointe est appuyée contre les dents. Excoriation de la lèvre inférieure ; respiration bruyante, stertor. P. 128, T. V. 39°. Pas de sueurs, résolution générale.

11 heures 1[2. — La malade a eu deux nouveaux accès. La situation générale est la même. La face est plus cyanosée. Voici la *description* d'un autre accès :

Palpitation des paupières ; yeux dirigés à gauche. Les paupières s'ouvrent; les yeux, qui étaient déviés à gauche, se dirigent à droite, puis les paupières se convulsionnent; les muscles des deux côtés de la face se contractent violemment. Les bras et les jambes deviennent extrêmement rigides, et cela au même degré des deux côtés.

Les doigts sont fléchis : le pouce droit est dans la paume de la main ; le pouce gauche est appliqué sur l'index. Les muscles du cou se dessinent d'une façon extraordinaire.

A cette période, qui dure environ 40 secondes, succède la

période clonique : les secousses sont égales des deux côtés, et intenses.

Enfin, *période de stertor*, avec écume sanglante. Cyanose extrême de la face, qui, dans les deux autres périodes, avait été de plus en plus rouge. — T. V. 39°,2.

La malade a encore eu deux accès, et elle est morte à 1 heure 20. — Voici le tableau des accès et des vertiges depuis l'entrée de la malade :

	1866		1867		1868		1869		1870		1871		1872		1873		1874		1875		1876		1877		1878	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier. . .	—	—	5	»	3	3	16	»	5	»	3	3	4	2	5	4	4	11	9	9	6	12	4	10	3	
Février. . .	5	»	9	»	14	»	15	»	3	»	5	10	8	3	5	7	7	4	1	5	3	7	3	11		
Mars. . . .	11	»	8	»	14	»	11	»	9	»	3	13	8	4	7	2	2	10	5	8	2	1	4	7		
Avril. . . .	8	»	10	»	15	«	2	2	13	»	9	»	8	»	8	5	5	7	6	6	6	16	5	10		
Mai.	8	•	5	»	9	4	13	»	6	2	6	4	10	5	7	5	5	10	8	6	4	8	2	5		
Juin.. . . .	42	»	6	»	12	1	11	»	11	2	3	13	7	5	7	9	9	12	7	11	4	8	5	4		
Juillet . . .	25	»	4	»	12	1	15	»	7	»	8	9	5	»	5	3	3	4	7	2	6	4	8	8		
Août. . . .	7	»	7	1	13	1	8	»	6	3	5	12	6	3	6	6	6	4	5	10	1	6	3	5		
Septembre.	13	»	9	2	14	3	7	»	3	1	1	4	5	2	5	2	2	8	5	1	1	12	2	6		
Octobre . .	16	»	7	»	14	»	13	»	5	»	6	9	1	2	8	2	2	8	17	8	6	3	8	3		
Novembre.	14	»	5	1	10	»	10	»	3	3	9	4	6	7	12	8	8	6	6	4	5	8	4	7		
Décembre. .	16	»	6	»	8	»	7	1	6	10	3	5	4	9	5	4	4	10	5	4	6	8	4	10		
Totaux. . .	165	»	87	4	138	13	127	3	76	21	61	84	72	42	80	57	57	94	81	74	50	93	52	87		

Autopsie. — *Cuir chevelu, os* du crâne, sains. — *Pie-mère* un peu épaissie et uniformément congestionnée. — Les circonvolutions, examinées avec soin, ne présentent aucune lésion. — Les *cornes d'Ammon* sont saines. — *L'hémisphère droit* pèse 575 gr. et le *gauche* 565 gr. — Le *cervelet et l'isthme* pèsent 150 gr.

Thorax. — Quelques adhérences du *poumon droit.* Pas d'ecchymoses pleurales. Congestion des lobes moyen et inférieur du *poumon droit* et du lobe inférieur du *poumon gauche.* — Pas de surcharge graisseuse du *cœur.* Tissu un peu décoloré. Légère infiltration athéromateuse de la valvule mitrale. Poids, 290 gr.

Abdomen. — *Foie,* un peu congestionné ; pas de calculs. — *Rate,* 110 gr., dure, tunique épaisse. — Reins congestionnés (110 gr. chacun). — Aucun organe ne présente d'ecchymoses, sauf l'estomac, où il y en a quelques-unes très petites.

L'*articulation de l'épaule droite* n'offre aucune lésion.

Cette observation est d'autant plus intéressante qu'elle nous offre réunies chez la même malade l'*épilepsie vulgaire* et l'une des formes de l'*épilepsie partielle.* La description d'un accès de chacune de ces épilepsies, tracée avec détails par M. Bourneville, nous fournit de précieux éléments de diagnostic, nous montre les différences qui les séparent et ne permettent pas de les confondre. Nous nous réservons de montrer plus loin combien cette forme diffère de l'*épilepsie hémiplégique proprement dite*, laquelle est un véritable syndrome dont les étapes sont réglées, prévues d'avance, et, pour ainsi dire, fatales.

Epilepsie partielle vibratoire.

On pourra également retrouver dans l'*Iconographie*, une rapide esquisse du cas que nous offrons ici comme *type d'épilepsie partielle vibratoire* ; c'est ce cas que M. Bourneville a communiqué en juillet 1876 à la *Société anatomique* (*Bulletin*, p. 558).

Observation II.

Sommaire. — *Père alcoolique et phthisique. — Etat de mal convulsif à 4 ans et demi, portant exclusivement sur le côté droit. — Secondes convulsions à 5 ans et demi : parésie de la jambe droite. — Accès de colère. — Epilepsie partielle (jambe droite) à 7 ans. — Extension des convulsions au bras droit (9 ans) : parésie du bras droit. — Généralisation des accès. — Description. — Etat de mal : ses caractères, température, nitrite d'amyle.*

Autopsie : Méningite chronique localisée. — Ancien foyer intéressant le lobule paracentral, l'extrémité supérieure des frontale et pariétale ascendantes. — Sclérose fasciculée secondaire.

Merl..., Louise-Anna, âgée de 10 ans, est entrée le 2 janvier 1876 à la Salpêtrière (service de M. Charcot).

Antécédents. Le *père* de M..., d'abord employé dans les chemins de fer, puis dans un atelier de photographie, faisait souvent des excès alcooliques : il buvait surtout de l'absinthe. Il est mort phthisique en 1873. — Sa *mère,* marchande de pain d'épice dans les foires, est morte « de mauvaise conduite » il y a trois ans. — Louise est une enfant naturelle reconnue par son père. Sa belle-mère, qui nous renseigne, l'a élevée à partir de l'âge de 3 ans seulement; de là, l'insuffisance des renseignements sur ses autres parents.

A 4 ans et demi, elle a eu une première attaque de convulsions, annoncée par les prodromes suivants : L'enfant se plaignant de malaise dans l'atelier où sa belle-mère travaillait, celle-ci la reconduisit chez elle ; en route, M... marchait péniblement, se laissait aller, faisait des grimaces. A peine rendue à la maison, elle perdit connaissance et fut prise de *convulsions* qui durèrent 13 heures. Pendant tout ce temps, *les convulsions ont porté exclusivement sur le côté droit de la face et du corps.* Les urines et les selles ont été involontaires. A la suite de ces convulsions, M... « se mit à jouer comme si elle n'avait rien eu ; elle n'y pensait pas (?) ». On assure, en tout cas, que, en marchant, elle ne traînait pas la jambe.

Environ un an plus tard, M... eut, durant une heure, des

convulsions qui n'affectèrent, cette fois encore, que le côté droit. Elles laissèrent après elles un certain degré de paralysie : l'enfant traînait la jambe droite.

De 5 ans et demi à 6 ans et demi, la paralysie de la jambe droite ne s'est pas aggravée. Le membre supérieur droit était libre, l'enfant s'en servait et ne laissait pas tomber les objets. Son intelligence était, dit-on, développée. Elle était douce, affectueuse, n'avait ni mauvais instincts, ni mauvaises habitudes. La constitution physique était chétive. A 4 ans et demi, M... a eu une ophthalmie assez grave pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Sainte-Eugénie. Elle avait, en outre, des glandes au cou.

En 1873, elle fut placée dans un orphelinat aux environs de Paris. Tout d'abord, sauf ce que nous venons de noter, on n'observa rien d'extraordinaire ; toutefois, de temps en temps, elle était irritable et avait des accès de colère. Six mois après son entrée, on remarqua des *accès d'agitation de la jambe droite*, qui duraient une trentaine de secondes. La physionomie ne changeait pas ; il n'y avait ni cri, ni écume, ni perte de connaissance, car elle causait ou riait durant ces crises tout à fait partielles. Jusqu'en octobre 1875, ces accès d'agitation se seraient reproduits environ trois ou quatre fois par mois. Le plus souvent, ils étaient précédés d'un certain degré d'irritabilité.

En octobre 1875, les accès d'agitation de la jambe droite sont devenus plus forts, et l'agitation, c'est-à-dire les mouvements convulsifs, s'étendirent au bras correspondant. Puis, les convulsions ont envahi les membres du côté gauche, et l'enfant est tombée sans connaissance (auparavant, même quand tout le côté droit du corps était pris, elle ne tombait pas). Ces accès complets ont une durée d'une ou deux minutes. Dans toute la période antérieure à octobre 1875, M... prévenait, disant : « Voilà que ça arrive. » Maintenant, il ne semble plus y avoir d'aura, et ce qui l'indique, c'est qu'elle s'est blessée deux fois, à la joue et au front. On assure qu'elle se débat beaucoup, que le corps se soulève. On ne signale qu'une seule fois l'écume et la miction involontaire. Elle revient tout de suite à elle et n'a jamais eu de stupeur ou de délire. Les accès sont diurnes et nocturnes ; ils prédominent le jour.

M... se sert de la main gauche pour manger, ce qui dénote déjà une paresse ou un affaiblissement paralytique du bras

droit. Cependant, on a essayé de la faire écrire avec la main droite, et on y est parvenu d'une manière passable. Dans ces derniers temps, la main est devenue plus lourde et parfois tremblante. M... a toujours été affectueuse pour ses compagnes et ne paraît pas avoir des habitudes d'onanisme.

1876. 5 *janvier*. M... était assise près de nous sur une chaise, quand elle a été prise d'un *accès léger* : ni aura, ni cri ; pâleur de la face ; extension de la tête, élévation et rigidité des bras ; extension et rigidité des jambes. Le corps s'est incliné lentement sur le côté gauche, et M... serait tombée si on ne l'avait secourue. Tandis qu'elle était par terre, nous avons constaté que la rigidité était la même des deux côtés du corps. Il n'y a pas eu de secousses cloniques, et, au bout d'une minute environ, M... est revenue à elle et regardait les assistants d'un air étonné ; puis, elle a pleuré. On l'a relevée, et, deux minutes plus tard, elle causait comme si elle n'avait rien éprouvé. — Nous n'avons pas observé d'écume ni d'évacuations involontaires.

24 *janvier*. 14 grands accès et 3 petits dans les 24 heures. — Matin et soir : T. R. 37°,3.

25 *janvier*. 6 grands accès et 2 petits. — *Soir* : T. R. 37°,5.

26 *janvier*. 19 accès : T. R. 37°,2.

27 *janvier*. Matin : T. R. 37,°5. — *Soir* : T. R. 37°,2. Accès (?).

28 *janvier*. 20 accès : T. R. 37°,1. — *Soir* : T. R. 37°,7.

29 *janvier*. T. R. 37°,9. Les accès continuent. La face est modérément rouge et chaude. La sécrétion de la muqueuse palpébrale est augmentée. Les pupilles sont égales et normales. Les conjonctives oculaires ne sont pas congestionnées. Il n'y a aucune trace de paralysie faciale. Langue chargée, comme gonflée, sans trace de morsure.

M... ne prend que du bouillon, qu'elle avale d'ailleurs facilement : elle a vomi plusieurs fois hier et aujourd'hui ; pas de garde-robes. Sur les deux fesses, il existe des vésico-pustules surtout confluentes au voisinage du sillon interfessier; elles sont moitié plus nombreuses sur la fesse droite que sur la gauche ; quelques-unes, en se desséchant, ont laissé de petites taches d'un brun rougeâtre.

Le *bras droit*, même entre les accès, est roide ; soulevé, il retombe inerte. Le *bras gauche* est flasque. Le *membre inférieur droit* est roide, mais moins que le bras correspondant, et il se maintient quand on l'a fléchi. Il n'y a pas de raideur au *membre*

inférieur gauche. Le chatouillement de la plante des pieds est perçu sans retard des deux côtés. La sensibilité au pincement est conservée. La malade n'est pas dans le coma, ainsi que cela arrive généralement dans l'*état de mal épileptique* ordinaire, et, après des accès, quand on l'interpelle, elle regarde et sourit.

Accès. Pas de cri ; la face regarde à gauche, le bras droit se roidit, se fléchit à demi et s'élève. Alors, la face se dirige à droite ; la rigidité du bras augmente ; les doigts sont énergiquement fléchis. — Le bras gauche est rigide, mais à un degré bien moindre que le droit. La jambe droite est roide ; la gauche souple.

A ce moment, la face se porte de nouveau à gauche et les yeux se dirigent dans le même sens et en haut ; la bouche est ouverte, par instants très largement, de telle sorte que les lèvres sont fortement tirées, la supérieure en haut, l'inférieure en bas ; de plus, la bouche est un peu tirée à droite. Les convulsions prédominent dans la moitié gauche de la face et persistent encore quand les convulsions cloniques, rares d'ailleurs et limitées au bras droit, ont cessé. Larmoiement à droite ; pas d'écume. — *Traitement* : Huile de ricin ; lav. purgatif ; julep, liqueur d'Hoffmann ; glace sur la tête.

Soir. Les accès, assez éloignés jusqu'à trois heures, sont ensuite devenus plus fréquents. Depuis ce matin six heures, 50 accès. — Nous assistons à une série que nous allons décrire brièvement.

La face regarde à droite ; les yeux se dévient en haut et à droite ; les pupilles se dilatent légèrement ; les lèvres sont animées d'un tremblement rapide ; le bras droit devient rigide et prend les attitudes indiquées plus haut ; en outre, il est animé d'une véritable trépidation. La jambe droite, d'abord simplement roide, est bientôt prise d'une rigidité très prononcée. Les membres du côté gauche sont tout à fait flasques. — Pas de convulsions cloniques. Écume, grincement de dents. Diminution progressive de la rigidité. La malade ouvre la bouche, semble revenir à elle, un autre accès commence.

Elle pousse de petites plaintes étouffées, et la plupart des phénomènes que nous venons de décrire se reproduisent, à un moindre degré toutefois. M... reprend connaissance très vite et sourit.

Dans les intervalles qui séparent les crises, il n'y a ni injec-

tion des conjonctives, ni dilatation des pupilles. L'état convulsif ne disparaît pas entièrement. Ainsi, de temps en temps, il y a du mâchonnement, des grincements de dents, des mouvements de la langue, des contorsions de la bouche, qui parfois est entr'ouverte, des clignotements des paupières, du nystagmus. Souvent aussi, l'avant-bras droit demeure fléchi et conserve un peu de rigidité, de même que le membre inférieur correspondant. T. R. 38°,3.

Après plusieurs accès analogues aux précédents, nous en observons un autre, d'un genre différent, dans lequel les membres n'ont pas été envahis.

La moitié gauche de la face est violemment convulsée, la bouche tirée à gauche ; le sillon naso-labial gauche est très creusé, le droit effacé. La joue gauche est sans cesse agitée par les convulsions. Les yeux sont dirigés à gauche et se portent un instant à droite.

En quatre fois, nous administrons 40 gouttes de *nitrite d'amyle*. Entre les inhalations surviennent quatre accès. La température rectale, prise de nouveau et avec soin, est descendue à 37°,5. Il y a donc eu, sous l'influence du nitrite d'amyle et malgré l'apparition de quatre accès, un *abaissement* de 8[10 de degré en moins d'une demi-heure.

Traitement : *ut suprà* ; 1[4 lav. sulfate de quinine, 0 gr. 50 : lotions vinaigrées.

30 *janvier*. Dans les 24 heures, 80 accès, dont 24 seulement dans les douze dernières heures, c'est-à-dire depuis l'administration du nitrite d'amyle. — A 7 heures : T. R. 37°,3. — A 10 heures : P. 120 ; R. 28 ; T. R. 37°,8.

Etat actuel. — Face assez colorée, chaude, la joue droite plus que la gauche. Pas de paralysie faciale. L'enfant entend ce qu'on dit et sourit. Le plus souvent, les paupières sont closes. Les pupilles sont normales; les conjonctives oculaires non injectées.

La peau est sèche et chaude au même degré sur les deux moitiés du corps. Respiration calme. Langue chargée ; déglutition assez facile ; pourtant, quand M... boit, il s'écoule un peu de liquide au dehors; miction et selles involontaires. Les vésico-pustules des fesses se dessèchent.

Soulevés, les membres inférieurs retombent lourdement. Pas de contracture. Fléchies, les jambes se maintiennent également. Pas de roideur. Aucune réaction par le chatouillement

de la plante des pieds. — *Traitement* : glace sur la tête ; 1/4 lav. sulfate de quinine ; lotions vinaigrées. — *Soir* : T. R. 37°,2.

31 *janv.* 45 accès. Abattement très marqué. — Face pâle, amaigrie. Somnolence, dysphagie. M... gâte toujours. On a déjà compté douze accès depuis 6 heures du matin.

Membre supérieur droit. — L'avant-bras est un peu fléchi sur le bras. L'épaule et le coude sont roides ; le poignet et les bras souples.

Membre inférieur droit. — La jambe est un peu fléchie sur la cuisse. Roideur de la hanche et du genou.

Les membres du côté gauche n'offrent rien de particulier. — La *sensibilité* au pincement est conservée des deux côtés. — Quand l'enfant pleure, le sillon naso-labial droit est moins accusé que le gauche. — P. 124 ; R. 22 ; T. R. 39°,5. — *Soir* : T. R. 38°,7.

1er *février.* 29 accès. T. R. 38°,3. — M... est plus abattue; elle gâte. La face et les membres présentent les mêmes phénomènes qu'hier. — Une sangsue derrière chaque oreille. — *Soir* : T. R. 38°,3.

2 *fév.* 16 accès. P. 92 ; T. R. 38°,2. La piqûre de la sangsue du côté droit a beaucoup moins saigné que celle du côté gauche. Voici la description d'un accès :

Pas de cri. La face et les yeux se dirigent momentanément à droite ; puis, la face se porte directement en avant, les yeux restant dirigés à droite et en haut. La bouche est ouverte. Les quatre membres sont très rigides; dans l'extension, nulles secousses, si ce n'est dans les muscles des joues et des lèvres. Cette rigidité générale (*Période tonique*) dure 25 à 30 secondes.

Les convulsions se circonscrivent ensuite à la moitié droite de la face ; le bras et la jambe du même côté conservent en partie leur rigidité ; les membres du côté gauche sont flasques. Le visage est très pâle. Les pupilles sont assez largement dilatées, plus que dans les accès antérieurs. La malade mâchonne et gémit.

Entre les accès, on note encore la roideur signalée plus haut, dans l'épaule, le coude, la hanche, le genou et le pied du côté droit, tandis qu'il n'y a rien de semblable à gauche. Le chatouillement de la plante du pied suscite sur-le-champ des mouvements réflexes à gauche et des grimaces ; la même exci-

tation, à droite, se traduit à peine sur la figure, et l'on n'observe qu'un léger mouvement de la jambe *gauche*. — *Soir* : T. R. 38°,3. — Constipation opiniâtre. — Huile de ricin, 15 gr., et de croton, une goutte.

3 *fév.* 35 accès. P. 84 ; R. 20 ; T. R. 38°,3. M... est éveillée, sourit quand on l'interpelle, allonge la langue lorsqu'on le lui demande. — Déglutition facile ; pas de vomissements ; selles fétides et abondantes.

L'état convulsif persiste constamment entre les accès. Ceux-ci sont tantôt très forts, tantôt *légers*. Ces derniers se caractérisent ainsi :

Regard fixe ; globes oculaires dirigés en haut et à droite, pupilles dilatées, lèvres contractées ; quelques convulsions dans la moitié droite de la face. Le bras droit se fléchit, se soulève ; les doigts sont fléchis, le pouce par-dessus l'index ; puis il y a trois ou quatre secousses comparables aux secousses électriques et c'est fini : M... recouvre en quelque sorte subitement la conscience. Ces petits accès durent de 10 à 25 secondes. — *Soir* : T. R. 38°,3.

4 *février*. 16 accès. M... a reconnu sa belle-mère et lui a parlé. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°,4.

5 *février*. 67 grands accès et 8 petits. — P. 84 ; R. 20 ; T. R. 38°,4. Nous assistons à plusieurs accès. L'un d'eux est en tout semblable à celui du 3 février ; un autre est encore plus léger :

Regard vague ; dilatation des pupilles ; augmentation de la contracture du bras droit qui se fléchit et s'élève ; durée, dix secondes à peine.

La physionomie est assez bonne, malgré le grand nombre des accès d'hier. La parole est plus libre. M... demande à manger. — La peau est normale ; il n'y a aucun trouble des fonctions digestives (excepté la constipation), ni des fonctions respiratoires.

Le *bras droit* a toujours la même attitude ; soulevé, il retombe comme une masse. L'épaule droite est roide, le coude rigide, les doigts flasques. La hanche et le genou sont simplement roides.

A gauche, il n'existe pas la moindre roideur. La jambe se maintient dans la position qu'on lui donne ; le bras, au contraire, retombe tout de suite.

6 *février*. 11 grands accès et 7 petits. T. R. 38°,1. — *Soir* : T. R. 38°.

7 *février*. 8 accès. T. R. 37°,9. Les jointures du côté droit, sauf la main et le pied, sont encore roides. La paralysie du mouvement est complète de ce côté. — Les membres du côté gauche sont très faibles et ne conservent pas la position qu'on leur impose.

Accès. — Pas de cri ; déviation de la face et des yeux à droite; bouche largement ouverte ; mouvements rapides, vermiculaires de la langue dont la pointe est cependant fixée derrière la mâchoire inférieure; rigidité générale : les bras sont dans l'extension, élevés au-dessus du lit; les mains et les doigts ont l'attitude habituelle. (*Période tonique.*)

Puis. la tête se place sur la ligne médiane ; les yeux sont dirigés en haut. Alors, éclatent des convulsions cloniques, modérées, égales des deux côtés. La rigidité disparaît à gauche et persiste à droite. Il y a en même temps des convulsions très intenses dans les muscles de la moitié droite de la face qui se reporte de ce côté. (*Période clonique.*)

Cyanose très prononcée de la face, qui n'est pas habituelle. L'enfant revient très vite à elle, regarde les assistants et sourit, cause, mais avec un certain embarras de la parole. — *Soir* : T. R. 38°,2.

8 *février*. 18 accès, dont 14 avant 6 heures hier soir, ce qui explique la température vespérale relativement élevée. Ce matin : T. R. 37°,8. La paralysie et la roideur persistent à droite. M... se sert aujourd'hui de son bras gauche et le met sur sa tête. Elle ne peut ni fléchir, ni allonger sa jambe (quand elle a été fléchie). Celle-ci se maintient dans la position qu'on lui a donnée. L'enfant ne gâte plus. — *Soir* : T. R. 37°,8.

9 *février*. 0 accès. — T. R. 37°,7. — *Soir* : T. R. 37°,6.

10 *février*. 6 accès. — T. R. 37°.7. — *Soir* : T. R. 37°,6.

11 *février*. 9 accès. — T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°,2.

Rigidité modérée des membres du côté droit, qui sont incapables de tout mouvement spontané. La malade ne peut pas encore soulever la jambe gauche.

Février.	Accès.	Température. Matin.	Soir.
12	23	37°,9	38°
13	6	37°,7	37°,8
14	8	37°,9	37°,8
15	8	37°,9	37°,8
16	25	38°,1	38°,1
17	4	37°,9	38°,7
18	5	38°,5	38°,9
19	2	37°,7	37°,8
20	1	37°,7	38°,2
21	21	37°,8	38°,2
22	6	37°,8	37°,1
23	8	38°	

24 *février*. 6 accès. M... commence à soulever le bras droit; elle plie la jambe gauche, l'allonge et la soulève. Elle est assise sur un fauteuil; mais se laisse aller, a de la peine à soutenir sa tête.

20 *mars*. L'état de la malade s'est amélioré progressivement.

Membre supérieur droit. Roideur de l'épaule; rigidité assez forte du coude, surtout quand on veut fléchir l'avant-bras sur le bras; poignet et doigts souples. La *main* est un peu empâtée, rouge, violacée, froide. M... se sert de ce bras, porte la main sur la tête sans trembler; tous les mouvements s'accomplissent avec une certaine brusquerie. La *sensibilité* n'est pas encore normale : ainsi, M... sent les deux pointes de l'esthésiomètre à 5 centimètres à gauche, tandis qu'à droite elle ne les distingue qu'à 7 centimètres.

L'intelligence, depuis l'*état de mal*, a diminué; cette diminution a également frappé l'institutrice qui me l'a signalée spontanément. Au dynamomètre (Mathieu) : 40 à gauche, 30 à droite.

Avril.	Accès.	Avril.	Accès.
2	2	11	2
3	6	12 et 13	3
4	3	14	2
5	5	15	18
6	2	16	10
7	2	17	8
8	3	18	10
9	0	19	6
10	3		

20 *avril.* 6 accès. Depuis quelques jours, M... traîne davantage la jambe droite en marchant et se sert de moins en moins de son bras droit. Elle est plus abattue, moins joueuse.

22 *avril.* De 6 heures du matin, hier, jusqu'à ce matin, à la même heure, 15 accès. M... éprouve une grande difficulté à soulever le bras droit et ne parvient pas à toucher le bout de son nez. L'épaule et le coude sont rigides ; le poignet est un peu roide. En général, l'avant-bras droit est fléchi à demi sur le bras.

La jambe droite est dans l'extension ; la hanche et le genou sont rigides ; le cou-de-pied est souple. Nul tremblement. Le chatouillement de la plante des pieds détermine des mouvements réflexes. — T. R. 38°,4. — Lav. purgatif ; puis 1/4 lav. *bromure de camphre*, 2 gr.

Soir. T. R 39°,1. De midi à 9 heures, 50 accès, plus forts que les précédents. — Selle abondante. — Sinapismes.

23 *avril.* De 9 heures du soir à 11 heures du matin, 135 accès. T. R. 39°, 3. Assoupissement profond. Interpellée vivement, M... ouvre les yeux, semble regarder. Les globes oculaires, dont la moitié inférieure, surtout à *gauche*, est injectée, sont le plus souvent dirigés en haut et à droite ; nystagmus ; pupilles contractées, égales.

Cyanose des joues, plus marquée à droite. — Bouche entr'ouverte : pas de différence entre les deux moitiés de la face.

Décubitus dorsal. Tête un peu inclinée sur l'épaule droite. — Résolution générale. Les membres sont cyanosés, inertes, également chauds. La peau est sèche ; hier, on a observé des sueurs copieuses. Urines involontaires. — P. 120, régulier ; R, 44 ; T. R. 40°,9.

Accès. — Rigidité générale plus forte à droite ; les membres sont dans l'extension ; les supérieurs, surtout le droit, s'élèvent au-dessus du lit. A la période tonique, qui dure une trentaine de secondes, succèdent des secousses cloniques générales envahissant la face et les membres mais prédominant — de même que la rigidité tétanique — dans la moitié droite du corps.

Traitement. — Glace ; — lav. purgatif ; 3/4 lav. avec 2 gr. de bromure de camphre chacun ; — sinapismes. 3 heures : T. R. 39°,4.

Soir (6 h.) P. 120 ; T. R. 38°,8. — M... a eu 60 accès depuis midi. A partir de 5 heures, les accès ont été uniquement constitués par des convulsions rapides dans la moitié droite de la

face. On a remarque que la cyanose était plus prononcée que jamais durant les crises. — Entre elles, la malade est assoupie et non dans le coma, car, lorsqu'on l'excite, elle regarde et fait signe de la tête. La face est pâle, violacée ; les pommettes sont marbrées. Les pupilles sont un peu dilatées ; les narines pulvérulentes, les lèvres sèches. La respiration est moins fréquente et moins bruyante que ce matin (3 h.). — Selles abondantes après le lavement purgatif (1). Rigidité assez accusée du membre supérieur droit, peu marquée au membre inférieur correspondant, cyanose générale, plus intense à droite; principalement à la main. T. R. 38°,5. — 1/4 lav. avec bromure de camphre, 2 gr.

24 *avril.* De 6 heures à minuit, M... a eu six accès limités à la face, Elle a été tranquille jusqu'à minuit 3/4. Alors les accès ont reparu et se sont succédés sans interruption de telle sorte que, à 3 heures, on avait compté 59 accès. Les convulsions ont toujours prédominé dans la moitié droite du corps. Durant les courts intervalles qui séparaient les accès, le bras droit était fortement contracturé tandis que le gauche était flasque. — *Mort* à 3 heures. T. R. 41°. — A 3 heures 1/2 : T. R. 40°,8.

AUTOPSIE. — *Tête.* Les *os* sont assez durs, épais et égaux des deux côtés. — Le *cuir chevelu* présente à sa face interne plusieurs ecchymoses : l'une ayant 4 centimètres sur 3 est située sur la ligne médiane, à la partie supérieure du frontal ; les autres occupent la région pariétale gauche. — La *dure-mère* est médiocrement congestionnée ; quand on l'incise, il s'écoule une minime quantité de sang et de sérosité. — On trouve des adhérences de la dure-mère avec la pie-mère en avant et à droite (lobe frontal), au niveau du lobule paracentral et au voisinage de la scissure inter-hémisphérique. — Il y a, dans les mailles de la pie-mère, un certain degré de suffusion séreuse.

Le *cerveau* est comme plein, humide, et offre des ecchymoses assez nombreuses sur la face convexe de l'hémisphère gauche, plus rares sur la droite. — La *pie-mère* est un peu épaissie et s'enlève aisément, sauf au niveau du lobule paracentral gauche où elle adhère à la fois à la dure-mère et à la substance grise.

---

(1) Le 1er quart de lavement de bromure de camphre pris à 2 heures, a été gardé une heure : alors on a administré le second quart, puis, à 5 heures le troisième : ils n'ont pas été rendus.

— On note quelques arborisations sur la pie-mère de la base en particulier sur le lobe sphénoïdal, et une coloration violacée. — Les *artères* sont saines.

Hémisphère droit. — Sur le lobe frontal, dans la région où existent les adhérences de la dure-mère et de la pie-mère, les méninges s'enlèvent facilement et laissent voir sur la substance grise une plaque couleur hortensia, mesurant 4 centimètres de long sur deux et demi de haut. — La substance grise correspondante est un peu molle, tandis que partout ailleurs elle est ferme.

Hémisphère gauche. — La pie-mère enlevée sans difficulté, si ce n'est au niveau du lobule paracentral, on voit, sur un certain nombre de circonvolutions, un piqueté assez serré, produisant une coloration violacée affectant la disposition de plaques. Elles sont plus multipliées sur la deuxième circonvolution frontale, la frontale ascendante, la pariétale postérieure et la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius. — Les circonvolutions de la face convexe sont saines.

On découvre, sur la face inter-hémisphérique, un *ancien foyer de ramollissement* intéressant : 1° l'extrémité supérieure de la circonvolution ascendante dans une hauteur d'un centimètre et demi environ ; — 2° la pariétale ascendante dans une hauteur d'un centimètre; — 3° tout le *lobule paracentral* ; — 4° enfin, la moitié supérieure de la portion de la circonvolution du corps calleux correspondant au bord inférieur du lobule paracentral.

Cette lésion, qui a quatre centimètres de largeur au moins, se présente sous l'aspect d'un foyer de ramollissement avec des anfractuosités, des tractus celluleux et a une coloration jaunâtre. La région qu'il occupe est déprimée, enfoncée. Nous avons dit que la cicatrice adhérait à la pie-mère.

Les *couches optiques*, les *corps striés*, les *ventricules* n'offrent aucune altération. Il en est de même des *pédoncules cérébraux* et de la *protubérance*.

La *pyramide antérieure gauche* est un peu plus grêle que la droite. — Les *olives* sont égales. — La *moelle* a été examinée après durcissement, par notre ami M. Pitres. Sur des coupes préparées par les procédés ordinaires, on voit qu'il existe dans toute la hauteur de la moelle, une tache de sclérose fasciculée, siégeant à la partie postérieure du cordon latéral du côté droit, ne différant par aucun de ses caractères histologiques, de

scléroses fasciculées secondaires tenant à des lésions des masses centrales.

Les autres *organes* n'étaient le siège d'aucune lésion méritant une mention spéciale.

Cette observation sert pour ainsi dire de transition, entre la précédente, et celles que nous aurons à ranger dans la troisième variété.

On y note les mêmes points de différence d'avec l'épilepsie ordinaire ; cependant ici nous avons une véritable *période tétaniforme*, et avant que les crises se soient *généralisées* on aurait pu les définir des accès épileptiques bornés à la *période tonique*, y compris la phase tétaniforme. Nous ferons remarquer, avec notre maître, que les accès d'épilepsie partielle de Broch..., se composent presque exclusivement de la phase tétanique de la période tonique (moins la perte de connaissance), des accès d'épilepsie vulgaire, tandis que chez Merl... les accès à l'origine se composent des deux phases (tétanique et tétaniforme) de la période tonique. Nous pouvons aussi entrevoir dans le cas de Merl... deux particularités, qui deviendront des symptômes de premier ordre dans la forme suivante, à savoir : les *convulsions du début*, et la *paralysie* comme conséquence.

DEUXIÈME PARTIE.

Epilepsie hémiplégique infantile.

CHAPITRE PREMIER.

Etiologie.

Malgré des recherches minutieuses et répétées à l'occasion de chacun de nos malades, nous nous voyons forcé d'avouer que nous sommes loin d'un résultat satisfaisant, et que les causes de l'*épilepsie hémiplégique infantile*, aussi bien que celles de l'épilepsie ordinaire, sont encore entourées d'obscurité. A nos questions sur les origines probables de la maladie de leurs enfants, les parents nous ont fourni des renseignements qui n'ont rien de spécial. Un fait pourtant est à faire ressortir, c'est que *aucun des malades qui nous ont occupé n'est enfant de parents épileptiques*. Pour cette forme de l'épilepsie, de même que pour l'épilepsie vulgaire, nous avons noté chez les ascendants de nos malades toutes les autres affections qui prédisposent les générations suivantes aux maladies nerveuses : Excès alcooliques, apoplexie, convulsions, chorée, hystérie, aliénation mentale, suicide, etc., et nous ne pouvons manquer de renvoyer à notre III[e] OBSERVATION, qui est véritablement remarquable à ce point de vue.

Nous mentionnerons seulement pour mémoire des cas dans lesquels les mères de nos malades ont eu de vives *frayeurs*, ou des chagrins ou des chutes durant leur grossesse. Ajoutons aussi que, dans aucun cas, nous n'avons noté la *consanguinité* des parents.

Le *sexe* ne paraît pas prédisposer d'une façon spéciale, vu l'extrême et l'égale fréquence de la maladie aussi bien à la Salpêtrière qu'à Bicêtre. En tout cas c'est d'ordinaire dans la première enfance, de quelques jours, à 3 ou 5 ans, qu'on voit survenir les *convulsions initiales*. De même pour les *causes directes* nous n'avons rien de précis, et on pourrait dire que, comme beaucoup d'autopsies l'ont démontré, elles sont purement anatomiques ; d'ailleurs, nous aurons l'occasion de le signaler plus loin. Malgré les cas très rares dans lesquels nos petits malades ont subi des chutes, des traumatismes ou des frayeurs, ces accidents ne paraissent pas devoir être incriminés des lésions qui font de cette variété d'épilepsie une affection *symptomatique*, et, le seraient-ils, qu'ils laisseraient encore inexpliqués la majorité de nos cas dans lesquels le début a été aussi subit qu'inattendu.

Observation III.

Sommaire. — *Père, excès de boisson, fièvres intermittentes. — Grand'-mère paternelle, excès de boisson. — Une cousine épileptique. — Une autre arriérée, bègue. — Un oncle, excès de boisson. — Tante et cousine, idiotes. — Plusieurs frères et sœurs, convulsions.*

Premières convulsions sous forme d'état de mal à 5 ans; prédominance à droite. — Hémiplégie droite et idiotie consécutives. — Convulsions pendant trois mois. — Débuts de l'épilepsie à 13 ans 1/2.

Douc... René, âgé de 17 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 20 juin 1879.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère du malade). — *Père*, 47 ans, homme de peine, assez calme d'ordinaire, fait des *excès de boisson* et a « le vin très exalté » ; bien portant, a eu les *fièvres intermittentes* de 27 à 35 ans : c'est dans cette période qu'est né le malade ; pas de syphilis. [*Père*, inconnu ; *mère*, faisant des *excès de boisson*, morte à 72 ans ; une *sœur*, bien portante,

mère d'enfants sains. Pas de maladie nerveuse dans le reste de la famille.]

Mère, 50 ans, fruitière, intelligente, sobre, peu nerveuse, bien portante. [*Père*, débardeur, quelques *excès de boisson*, plusieurs hémoptysies, mort à 45 ans, à la suite d'un coup reçu dans la poitrine, dans une joûte. *Mère*, 74 ans, bien portante. Un *frère*, a deux filles : l'une, forte et intelligente, aurait eu, au moment de la puberté, des *accès d'épilepsie* (?) qui auraient reparu pendant un an; ils auraient cessé depuis plus d'une année. L'autre a « *l'intelligence lourde et bégaie un peu* ». Un autre *frère* (de mère seulement), nerveux, fait des *excès de boisson*. Une *sœur*, morte *idiote* à 19 ans, sans avoir parlé ni marché. Une *cousine germaine*, « a la tête faible », mais gagne sa vie.]

Pas de consanguinité.

Six enfants d'un premier lit : 1° une fille un peu nerveuse, dont un des enfants a eu des *convulsions internes*; 2° un garçon mort athrepsique à 2 ans; 3° un garçon mort du croup (?) à 9 mois; 4° un garçon, mort de « rougeole rentrée » à 2 ans 1/2; 5° un garçon, « *bossu* », *a eu beaucoup de convulsions*, est mort à 18 ans, à la suite d'un abcès par congestion; 6° un garçon, 27 ans, bien portant, *a eu des convulsions internes*.

Cinq enfants d'un second lit : 1° une fille, 18 ans 1/2, *médiocremen intelligente*, qui a eu beaucoup de *convulsions*; 2° notre malade : 3° une fille, 15 ans 1/2, *nerveuse*, *peureuse*, a des *cauchemars*, a eu des *convulsions*, est intelligente; 4° un garçon intelligent, a eu des *convulsions*; 5° un garçon, passablement intelligent, a eu des *convulsions*.

Notre malade. Pas de rapports sexuels au moment des ivresses bachiques. Grossesse bonne; accouchement naturel, à terme; D... était à sa naissance « aussi gros qu'un enfant de trois mois » ; il était *cyanosé* et on dut saigner le cordon. Sa mère l'a nourri jusqu'à 15 mois; c'est vers 13 mois seulement qu'ont paru les premières dents. D... a commencé à parler à 15 mois; il n'a marché qu'à 18 mois. Jusqu'à 6 ans il a *pissé au lit*, mais il était propre dans le jour. On l'envoya à l'asile : il apprenait assez bien, savait des prières, des chansonnettes.

Il avait 5 ans, lorsque, une après-midi, il se plaignit de céphalalgie, et à peine couché, il fut pris de *convulsions* généralisées aux quatre membres, et qui ne durèrent que quelques minutes. Vers 7 heures du soir, le même jour, il fut pris d'une nouvelle *crise*, qui dura jusqu'à minuit, sous forme d'*état de mal. Les se-*

cousses convulsives, qui étaient très fortes, portèrent uniquement sur le côté droit. A dater de ce jour, D... eut *quotidiennement* pendant *trois mois, des crises convulsives* qui duraient de une demi-heure à une heure, et portaient également sur le côté droit. Il passa ces trois mois presque complètement au lit, sans bouger, sans parler, paraissant souffrir lorsqu'on le remuait; surtout du côté droit; on le faisait manger, et il ne dépérit pas trop.

Après cette période, on put le lever, et on s'aperçut *que le côté droit était paralysé* et que *les membres de ce côté étaient devenus rigides*. Il dut apprendre de nouveau à marcher, et il ne put le faire *qu'en traînant la jambe*; le bras était *inerte*; lorsqu'il recommença à parler, ce fut *en bégayant. L'intelligence, elle-même, avait considérablement diminué*; le caractère, primitivement doux, s'était modifié, il était devenu colère, violent, brutal.

Jusqu'à 15 ans 1/2, il n'eut plus de crise convulsive, mais sa paralysie ne se modifia pas, non plus que son intelligence : à l'école *il n'apprit rien du tout.* Puis, à la suite « d'une colère rentrée » contre un voisin, il eut dans la nuit un *premier accès, avec prédominance des convulsions du côté paralysé*; *nouvel accès* dans la nuit, quatre ou cinq jours après. Les accès se succédèrent ensuite, toujours *nocturnes*; ils étaient précédés d'un *cri plaintif, étouffé*; puis tout le corps devenait raide avec inclinaison du côté droit, déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite, grincement de dents. Les secousses étaient peu fortes et prédominaient à droite; pas d'écume, pas de morsure de la langue, pas d'évacuations involontaires; à la fin stertor, et reprise assez rapide de la connaissance ; pas de trouble psychique consécutif. Dans la journée, pas d'accès, *à moins qu'on ne le couchât*, mais quelques *étourdissements* : il devenait tout drôle, regardait avec des yeux hagards, blêmissait un peu et en quelques secondes c'était fini.

Chez ses parents, il passait sa journée sans rien faire. Il était souvent dans la rue avec des chiffonniers, qui lui ont appris les expressions ordurières qu'il débite effrontément; il n'avait pas de tic, mais bavait en parlant et suçait son pouce; pas d'onanisme. Quoique colère, il avait bon cœur, demandait volontiers pardon, n'était pas vindicatif, partageait avec ses camarades, jouait avec les animaux. Il ne rêvait que de travailler pour avoir de l'argent, il connaît la valeur des pièces, prenait des sous pour les donner aux enfants.

Etat actuel. — *Tête* assez grosse; *crâne* ovale, symétrique, assez développé aux régions occipitale et mastoïdienne.

Diamètre antéro-post.	18,7
Diamètre bi-pariétal	14,5
Circonférence.	55,5
Demi-circonférence droite . .	27,5
Demi-circonférence gauche . .	28

Face allongée, moins développée, plus aplatie à droite, plus joufflue à gauche; aplatissement de la moitié droite du menton, bouche droite, orifices palpébraux égaux. — *Front* haut, plat : bosse frontale gauche plus aplatie que la droite, contrairement à ce qui se passe pour le reste de la face (?). — *Iris* bleus, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nez* droit, gros. — *Lèvres* épaisses. — *Maxillaire* inférieur régulier.

La réunion des *maxillaires* supérieurs forme une ellipse, donnant une sorte de prognatisme atténué; la dentition y est complète. — *Voûte palatine,* assez étroite, profonde, cintrée, symétrique. — *Voile du palais et ses dépendances*, normaux. — *Oreilles*, moyennes, mal ourlées, lobules adhérents.

Cou, bien conformé. — *Thorax*, déformé par le rachitisme surtout à droite; aplatissement des côtes latéralement; saillie de ces os au voisinage de leur insertion au sternum qui est oblique et fait saillie par son bord droit. Le rebord droit des fausses côtes descend moins bas que le gauche; l'épaule droite est élevée. En arrière, le dos est moins arrondi à droite; pas de déviation apparente de la colonne vertébrale. Les muscles trapèze, sus-épineux et grand pectoral droit sont moins développés que ceux du côté opposé, et l'épaule droite est aussi moins charnue.

Membres supérieurs. A première vue le membre droit paraît moins développé que le gauche; son *attitude* est la suivante : le bras est parallèle au tronc, l'avant-bras est fléchi sur lui à angle droit, dirigé horizontalement soit directement en avant, soit transversalement au devant de l'épigastre; la main retombe sur l'avant-bras dans une sorte de flexion forcée; le pouce a sa phalangette en extension forcée; pour l'index, le médius et l'annulaire, la phalangine est en extension forcée, et la phalangette en demi-flexion; toutes les parties de l'auriculaire sont en demi-flexion. Si on observe le malade, on voit qu'il n'imprime à son membre que des *mouvements de totalité*; si on l'engage à remuer tel ou tel segment, il secoue tout le membre, et les mouvements se passent entre l'omoplate et le tronc. Néanmoins, nous sommes parvenus *à communiquer* à l'épaule tous ses mouvements normaux. On

fléchit facilement le coude, mais son extension offre plus de résistance et demande qu'on l'opère avec lenteur; de même au poignet, la flexion est facile, mais l'extension est limitée par les fléchisseurs contracturés. Pas de craquements dans les articulations; pas d'athétose, pas de modification de nutrition de la peau, ni du système pileux. A la palpation, le membre paralysé paraît plus froid que le gauche.

	Droit.	*Gauche*
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle . .	28	32
Circonférence du bras à 10 cent. au dessus de l'olécrâne.	24 1/2	27 1/2
Circonférence de l'avant-bras à 10 cent. au-dessous de l'olécrâne.	21 1/2	26 1/2
Circonférence du poignet	15	17
Circonférence du métacarpe.		
Distance acromio-olécrânienne	31 1/2	36 1/2
Distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus.	24 8	26 1/2
Distance de cette apophyse à l'extrémité du médius	18	18

Membres inférieurs. — Le membre droit, moins développé que l'autre, à première vue, est très légèrement fléchi ; le pied n'est pas à angle droit, mais retombe un peu.

Le malade étant couché, si on lui dit de lever la jambe droite, on voit ce membre se roidir et être pris de tremblement, ce qui n'empêche pas le malade de le soulever. Pendant cet effort, le bras correspondant se roidit et se soulève par un *mouvement associé* très net.

D... arrive aussi à fléchir et étendre le genou, quoique très lentement ; nous ne pouvons lui faire comprendre de remuer son pied. En marchant, légère boiterie, comme si ce membre était trop court; le pied retombe de la pointe, et fauche légèrement. Il est facile de communiquer des mouvements lents à toutes les articulations, dans lesquelles on ne perçoit aucun craquement. On obtient, parfois, sur les deux membres inférieurs des phénomènes d'*épilepsie spinale.* Pourtant il n'y a pas de *phénomènes du tendon* bien nets. — Pas de mouvements choréiformes ; pas de modification nutritive de la peau ni du système pileux ; température plus basse du côté paralysé.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine .	49	54 1/2
Circonférence à 10 cent. au-dessus de la rotule.	40	45 1/2
Circonférence de la jambe à 10 cent. au-dessous de la rotule	30	32 1/2
Circonférence au niveau des malléoles.	24 1/2	24 1/2
Circonférence du métatarse.	22 1/2	23
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité supérieure du tibia. . . .	49	49
Distance de celle-ci à la malléole externe . . .	38	38
Distance de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian	18	19 1/2

Peau et tissu cellulaire. — Cheveux, sourcils et cils châtains clairs, assez abondants ; moustache blonde naissante ; quelques poils au menton ; poils abondants aux aisselles, au pénil ; tronc glabre ; poils aux quatre membres. Pas d'adénite. — Quelques petites cicatrices sur le dos du poignet droit ; une cicatrice de *brûlure* au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit. Quelques érosions, quelques ecchymoses sur le bras droit, qui paraît recevoir des *chocs plus fréquents.* — Une petite cicatrice sur la crête du tibia droit.

Organes génitaux. — Verge très volumineuse, pas de phimosis ; testicules gros, égaux. Onanisme fréquent.

Digestion : appétit excellent, digestion facile, selles régulières ; rate, foie, normaux. — *Respiration* : sonorité à la percussion ; pas de râles. — *Circulation :* cœur régulier ; pas de bruit morbide.

Sensibilité générale conservée sous ses divers modes ; paraît être égale des deux côtés. — *Vue, ouïe, odorat, goût,* conservés, mais difficiles à juger comme qualité.

Force musculaire. — Prise à droite avec le dynamomètre M. : 8 kilogr. (?) ; à gauche, 25 kilos. En juillet 1881 : *Taille*, 1^{m},64 ; *Poids*, 58 kilogr. 20.

Intelligence. On a essayé, sans succès, d'envoyer Douc... à l'école ; il se refuse à toute application, et quitte la classe pour passer sa journée à traîner sur un banc dans la cour. Il ne connaît pas ses lettres, ni ses chiffres, n'a rien appris en gymnastique, n'a ni discernement, ni mémoire. Si on lui montre un objet usuel, en lui en demandant le nom, les usages, il répond le plus souvent par un rire bête et détourne la tête. Il est grossier, et, s'il prononce spontanément un mot, ce sera une injure.

Très colère, si on veut le contraindre à faire quelque chose, il répond par des injures, mord les personnes, lance ses sabots contre elles, déchire ses vêtements ; il frappe à tout propos les enfants plus jeunes que lui. Pourtant il peut s'habiller, quoique avec une lenteur désespérante; sait se laver, mange seul, et ne gâte pas d'habitude. Il est incapable de retrouver son lit ou sa place au dortoir.

Actuellement les accès sont à la fois diurnes et nocturnes ; ils sont très fréquents, ainsi que le montre le tableau ci-joint (1) :

	1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.	—	—	59	»	126	7	53	»
Février.	—	—	119	2	40	8	103	3
Mars.	—	—	113	»	78	4	111	»
Avril.	—	—	62	»	70	1	96	»
Mai..	—	—	70	»	89	1	105	»
Juin..	9	»	69	2	85	3	104	»
Juillet	44	»	51	»	64	»		
Août.	77	»	47	»	23	»		
Septembre. . . .	105	»	22	3	24	»		
Octobre..	109	»	47	2	76	»		
Novembre	37	»	139	»	53	»		
Décembre.. . . .	76	»	134	1	46	»		
Totaux.	457	»	936	10	775	24		

L'état d'idiotie prononcée de Douc... rend impossible la recherche d'une *aura* : rien d'ailleurs ne nous autorise à en admettre l'existence. Il nous a été donné d'observer un *accès* durant la visite, et voici quelle a été son évolution :

Sans aucun cri initial, Douc... est tombé de sa chaise, et c'est sa chute qui nous a fait retourner. Durant quelques instants, il est resté immobile, comme dans un étourdissement; puis tout le corps s'est raidi, à peu près également des deux côtés, la face tournée à gauche. La phase tétaniforme qui a suivi a prédominé aux deux membres inférieurs. Les secousses cloniques ont à peu près impressionné également les quatre membres

(1) La plupart des vertiges doivent avoir échappé à l'observation.

Pas d'écume : stertor terminal et sommeil consécutif assez prolongé.

Le *traitement*, pour ce malade, s'est borné à peu de chose. Avant son entrée à l'hôpital, on ne lui donnait que quelques bains. A Bicêtre on l'a mis au *bromure de potassium* jusqu'à la dose de 8 grammes, on lui a fait suivre un *traitement hydrothérapique* à diverses reprises, mais très irrégulièrement ; aussi, pas d'amélioration notable. Le seul bénéfice qu'on en a retiré a été de le rendre plus traitable, plus calme.

CHAPITRE II.

Symptomatologie.

La variété d'épilepsie partielle dont nous nous occupons plus particulièrement a une expression clinique tout à fait spéciale, et d'ordinaire facile à reconnaître pour peu qu'on y pense. Elle ne varie que dans des limites si restreintes, que les nuances comptent à peine. On pourra se rendre compte de la justesse de nos assertions en consultant les diverses observations que nous apportons à l'appui, et dont nous aurions pu augmenter considérablement le nombre.

Nous pensons qu'il ne sera pas inutile de présenter dès l'abord un aperçu demi-schématique de ce véritable syndrome. On aura de cette façon une vue d'ensemble, qui permettra d'en saisir mieux les diverses phases, et qui nous rendra plus facile l'étude subséquente des principaux éléments qui le composent.

Sans *prodromes* très souvent, quelquefois après un *malaise* général mal défini, vu la grande jeunesse habituelle des enfants on voit survenir tout à coup des *convulsions* habituellement limitées à une moitié du corps et qui se reproduisent incessamment durant une période de temps variable de plusieurs heures à une journée. Ces convulsions sont constituées par une série d'accès ayant les diverses phases de la crise épileptique, et dont la réunion constitue un véritable *état de mal*.

L'enfant peut succomber dans ces convulsions, mais souvent il survit, et les parents ne sont pas longtemps à constater l'existence d'un nouveau symptôme, d'une *paralysie* sous forme *hémiplégique*, qui s'établit tantôt brusquement, tantôt au contraire lentement et graduellement.

Cette hémiplégie, qui constitue une *deuxième période*, varie d'intensité et est plus ou moins complète ; quelquefois elle rétrocède, souvent elle persiste, et se complique même d'*atrophies* ou plutôt d'*arrêts* de *développement*, de *contracture*, d'*hémichorée* ou, très rarement, d'*hémianesthésie.*

Telles sont les *deux premières périodes*, en quelque sorte les premiers actes du complexus symptomatique qui nous occupe. L'enfant vit dans cette situation, son développement physique varie suivant l'intensité de l'ictus primordial, lequel peut en outre n'avoir touché que faiblement l'intelligence, ou, au contraire, plus rarement, y avoir occasionné une tare profonde allant jusqu'à l'idiotie complète.

Puis, un jour, sans cause apparente, ou à propos de la cause le plus insignifiante, on voit survenir des *accès d'épilepsie* lesquels constituent une *troisième période.*

Ces accès offrent un assez grand intérêt : quelquefois ils ne sont pas accompagnés de perte de connaissance, et, d'ordinaire, au moins au début, sinon toujours, ils sont limités *à un côté du corps* ; or, c'est justement le côté paralysé qui est le siège des convulsions.

Il y a plus, ces accès qui sont excessivement fréquents, mortellement fréquents parfois à l'origine, voient leur nombre diminuer avec le temps ; nous possédons des cas heureux, dans lesquels les malades ont vu cesser vers quarante ou cinquante ans, toute crise convulsive, et ont pu quitter définitivement la section des épileptiques.

Avant d'étudier en détail chacun des symptômes que nous venons de signaler, nous croyons utile de rapporter de suite une de nos observations, où on reconnaitra maintenant avec facilité les grandes lignes que nous venons de tracer.

Observation IV.

Sommaire. — *Premières convulsions à deux ans. — Etat de mal et prédominance des convulsions à gauche. — Hémiplégie consécutive. — Epilepsie deux mois après. — Convulsions limitées à gauche. — Face moins développée à gauche. — Atrophie et contracture. — Description d'accès. — Marche des accès.*

Bar... (Charles-François), âgé de 16 ans 1/2, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 18 novembre 1878.

Antécédents. — (Renseignements fournis par la mère du malade). *Père,* 59 ans, homme de peine, grand, fort, très sobre, assez colère, bien portant, sauf quelques douleurs rhumatismales dans les membres, et des *migraines*; pas de trace de syphilis. [*Père*, sobre, «fort en sang» a succombé à une pneumonie. — *Mère*, pas nerveuse, morte «d'usure, en enfance». — Trois *sœurs,* non nerveuses, ayant des enfants bien portants. Aucun antécédent nerveux héréditaire dans la famille.]

Mère, 55 ans, lavandière, assez intelligente, sobre, calme, bonne santé d'ordinaire; elle a eu une fièvre cérébrale (?) à 32 ans. [*Père*, sobre, mort de maladie aiguë (?) à 78 ans. — *Mère,* sujette à des palpitations cardiaques, morte subitement à 65 ans. — Deux *frères* morts l'un écrasé, l'autre par suite d'une hernie étranglée; une *sœur* bien portante. Pas d'antécédents nerveux héréditaires dans la famille.]

Pas de consanguinité. Sept enfants : 1° une fille, 32 ans, bien portante et intelligente; — 2° un garçon, intelligent, mort à 28 ans de varioloïde; — 3° un garçon mort du croup à 11 mois; — 4° un garçon, 23 ans, santé excellente; 5° un garçon, 20 ans, a eu des hémoptysies durant 12 jours et, depuis lors, est souffrant; — 6° notre malade; — 7° un garçon, 12 ans, intelligent, rien de particulier.

Notre malade. — Grossesse bonne, accouchement à terme et normal. Bar... a été élevé au sein par sa mère qui ne l'a sevré qu'à 20 mois.

Il a été propre vers 15 mois, il a parlé et marché avant un an, « il était gros et gras comme une pelote ». Vers l'âge de deux ans il tomba contre un fourneau éteint et se fit au-dessus du sourcil une plaie de 3 ou 4 centimètres, qui saigna beaucoup et dont « la couture est toujours restée ». Il ne perdit pas connaissance dans sa chute.

Une douzaine de jours après, vers 7 heures du soir, *sans avoir paru ressentir aucun prodrome*, il fut pris de *convulsions qui durèrent 24 heures sous forme d'état de mal, et qui portèrent exclusivement sur le côté gauche.* Le surlendemain, lorsqu'il se leva, on remarqua que le *bras gauche tombait inerte*, *que la main gauche était impuissante*, et que *dans la marche*, *Bar... traînait manifestement la jambe du même côté.* On ne sait pas si l'intelligence subit en même temps une modification, ni au bout de combien de temps survinrent la *raideur des membres* et l'*athétose*, qui existent encore aujourd'hui, mais il paraîtrait que de tout temps le *bras aurait été plus malade que la jambe.* Deux mois après, survint une *nouvelle série de convulsions* qui durèrent 3 heures et qui, jusqu'à l'âge de 10 ans, se renouvelèrent environ *une dizaine de fois par an.* Elles paraissaient être précédées d'une *aura*, car B... disait : « Ça va me prendre... je vais être malade », et il avait le temps de s'asseoir ; mais d'où partait cette aura? quelle en était la nature? c'est ce qu'on ne peut nous dire. Aucun *cri* n'annonçait le début de l'accès et lorsqu'il y avait *chute*, c'était d'ordinaire sur *le côté gauche*, ensuite la crise convulsive se déroulait, passant par toutes les phases : 1° tétanisation, convulsions toniques ; 2° convulsions cloniques, mais *les convulsions portaient exclusivement sur le côté gauche du corps* ; 3° il y avait quelquefois de l'écume et des évacuations involontaires. *Aussitôt la crise terminée, le malade se levait, assurait qu'il n'avait rien et se remettait à lire ou à écrire, « comme si rien n'avait été. »*

De dix à douze ans, pas d'accès ; puis ils reparurent, *diurnes et nocturnes*, et il s'y ajouta *des étourdissements fréquents*, d'une durée de 3 à 5 minutes. Dans ceux-ci, pas d'aura, ni de cri, la figure se congestionne, on voit quelques *mouvements convulsifs* limités au côté gauche de la face, *une torsion* avec *rigidité du bras gauche*, quelquefois inclinaison lente du corps à gauche, et chute douce de ce côté, sans aucune blessure ; pas de convulsion des mem-

bres, ni d'écume, ni de miction involontaire, pas de coma consécutif. Chez ses parents, il n'a eu comme maladie qu'une rougeole à 8 ans. Son intelligence était assez médiocre, et son mal le faisait renvoyer de toutes les écoles. Pourtant il apprit à lire et à écrire passablement, à connaître les choses usuelles, à s'en servir, à s'habiller, se laver, etc. Son *caractère* aurait été assez doux chez ses parents, c'était une « bonne pâte »; il ne devenait irascible que quand on le taquinait; il n'était pas grossier non plus.

Etat actuel.—Tête, assez régulière, crâne arrondi, pas de saillie exagérée d'aucune région.

Diamètre antéro-postérieur. . .	17 c.	au compas du Dr Budin.
Diamètre bi-pariétal	13 1/2	
Circonférence de la calotte . . .	53	
Demi-circonférence droite. . . .	26 1/2	
Demi-circonférence gauche. . .	26 1/2	

Face, peu allongée, paraît *aplatie et moins développée du côté gauche;* la commissure labiale droite est un peu *portée en haut*; aucune gêne pour *siffler*, mais B... prétend qu'il *mastique* plus fortement ses aliments du côté droit, ce qui dépend peut-être du mauvais état des dents à gauche. — Le *front*, plus haut sur la ligne médiane que sur les côtés, se déprime assez vite vers les parties latérales, surtout à gauche, où la bosse frontale est moins développée; peu de dépression des *arcades sourcilières*. — *Fentes palpébrales*, égales; iris bleus tâchetés de brun; pupilles égales; pas de strabisme.—*Nez*, droit.—*Bouche*, moyenne; maxillaires supérieur et inférieur, réguliers; dentition médiocre, saillie de l'incisive latérale droite inférieure en avant de ses voisines; absence ou carie de la première petite molaire gauche inférieure, de la deuxième petite molaire et des grosses molaires droites supérieures. — *Voûte palatine*, assez régulière et symétrique, pas très profonde; voile du palais bien conformé.—*Menton*, un peu aplati du côté gauche. — *Oreilles*, 6c.2, un peu détachées de la tête, mal ourlées, lobules adhérents; quelques croûtes à la jonction du lobule inférieur gauche; en avant de l'oreille droite, une petite tumeur sous-cutanée, arrondie, que le malade dit consécutive à des chutes, et qui paraît douloureuse à la pression.

Cou, *thorax, rachis*, bien conformés.

Circonférence du thorax au niveau du mamelon. . . 77
Demi-circonférence droite.. 39
Demi-circonférence gauche 38

B... élève un peu son épaule gauche, comme si son bras paralysé était un pesant fardeau. Le pectoral gauche est plus faible que le droit.

Membres supérieurs. — A la simple *inspection*, le membre gauche est moins développé que l'opposé; l'épaule est moins volumineuse; le deltoïde et les muscles du bras sont atrophiés et flasques. Le bras est d'ordinaire légèrement écarté du tronc-l'avant-bras est fléchi sur lui à angle droit et dirigé horizontalement d'arrière en avant. Quant à la main, Bar... lui fait prendre à l'aide de la main droite deux positions différentes: tantôt elle est dans l'extension, et légèrement inclinée du côté du bord radial de l'avant-bras, et dans cette position, les doigts sont ou étendus ou fléchis, le pouce en dedans. Dans d'autres cas, au contraire, la main est fléchie à angle droit sur l'avant-bras; les doigts sont dans l'extension forcée et ne peuvent être fléchis d'aucune façon.

Tous les *mouvements* du membre supérieur se passent entre l'omoplate et le tronc; pourtant on parvient à provoquer, sans constater de craquements, quelques mouvements dans l'articulation scapulo-humérale. La flexion volontaire du coude est possible, mais lente; quant à l'extension, elle n'est pas complète, mais limitée par la contraction du biceps et du brachial antérieur; on ne parvient pas à la compléter, malgré plusieurs tentatives. La main ne peut être mue par le malade, c'est avec sa main opposée qu'il en varie l'attitude et la main passe d'une de ses positions à la seconde, avec une brusquerie telle qu'on la croirait munie d'un ressort. Les doigts ne sont mobiles que lorsque la main est dans l'extension, la préhension est impossible : si on demande à B... de prendre un crayon, ses doigts se placent, sous l'effort qu'il fait, dans une extension forcée et s'écartent les uns des autres. Pendant ces divers essais, on voit se produire des *mouvements associés* très nets. Tout le membre supérieur gauche est, à certains moments, le siège de mouvements choréiformes l'éloignant ou le rapprochant du plan médian du corps, parfois le soulevant du lit sur lequel il est appuyé. Pas d'athétose. La température paraît à la main plus basse du côté paralysé.

	Droit.	Gauche.
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle . .	23	20 1/2
Circirconférence à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne.	20 1/2	10
Circonférence de l'avant-bras à 10 cent. au dessous de l'olécrâne.	19 1/2	17
Circonférence du poignet.	15	12 1/2
Circonférence du métacarpe.	20	16 1/2
Distance acromio-olécrânienne !	32 1/2	29
Distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïde. . .	24	22
Distance de celle-ci à l'extrémité du médius. . .	16	15

Membres inférieurs. — Les masses charnues et le genou lui-même sont moins développés du côté gauche que du droit. Le membre gauche est habituellement dans l'extension : au repos, le pied est assez étendu sur la jambe pour que la tête de l'astragale sub-luxée fasse une saillie de 3 millim. sous la peau ; la voûte plantaire est profonde, et les orteils sont, dans l'extension, presque perpendiculaires au métatarse. Dans la *marche,* la voûte plantaire se modifie, le pied ne porte pas à plat; le talon reste élevé. Le malade fauche en marchant. Les mouvements de la hanche sont absolument libres. Au genou, la flexion et l'extension sont possibles; mais les mouvements volontaires sont lents, comme ceux que produisent des muscles contractés. Si on veut *provoquer* la flexion, on éprouve une certaine résistance : mais l'extension s'achève brusquement d'elle-même, comme s'il y avait un ressort dans le creux poplité. Quant au pied, il reste immobile et résiste même aux efforts extérieurs, bridé qu'il est par les muscles contracturés des régions antérieures et postérieures de la jambe. Pas de mouvements choréiformes. Le membre paralysé a une température inférieure à celle de son congénère. Un thermomètre à surfaces, placé alternativement sur la face interne de chaque cuisse au niveau du sommet du triangle de Scarpa, nous a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1re expérience	36°,5	35°,9
2me expérience	36°,4	36°,0

Le phémomène du tendon est assez marqué, mais paraît égal des deux côtés. Pas de trépidation.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au pli de l'aine. . . .	42	40 1/2
Circonférence à 10 cent. au-dessus de la rotule. .	35 1/2	33 1/2
Circonférence à 10 cent. au-dessous de la rotule.	28	27 27
Circonférence au niveau des malléoles	21 1/2	22 (1)
Circonférence du métatarse.	20 1/2	20
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité du tibia.	48	47
Distance de celle-ci à la malléole externe. . . .	37 1/2	36
Distance de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian.	18	17

Organes génitaux : bien conformés; toutefois il existe un léger rétrécissement du prépuce; on arrive à découvrir le gland, et on constate des adhérences que l'on rompt, entre le prépuce et la partie antérieure de la couronne; les deux testicules sont égaux.

Peau : cheveux châtains foncés, cils et sourcils noirs abondants ; quelques poils au pénil ; aisselles et membres glabres. Nombreuses cicatrices de chutes sur la *bosse frontale droite,* sur les deux coudes, sur le dos du poignet gauche, sur les mains, sur les deux genoux. Sur chaque bras, une large cicatrice de vésicatoire. En tombant, à l'âge de 5 ans, sur une marmite de chocolat bouillant, il s'est fait de nombreuses *brûlures* qui ont laissé une cicatrice de 12 cent. sur 8 cent. environ au niveau du trochanter droit, une autre de 8 cent. sur 4 cent. à la fesse droite, une dernière de 13 cent. sur 10 cent. à la fesse gauche. — Petites adénites cervicales. — *Taille*, 1^{m},51. — *Poids*, 42^{k},70.

Digestion : appétit bon, selles régulières, foie et rate normaux. — *Respiration* : sonorité thoracique ; rien à l'auscultation. — *Circulation* : battements du cœur réguliers : pas de souffle.

Sensibilité générale : elle paraît conservée dans ses divers modes, mais Bar... déclare *sentir moins nettement à gauche.*

Vue, odorat, goût, normaux. L'*ouïe* est moins fine du côté gauche.

Intelligence. — Bar..., placé à l'école, a appris à lire, à écrire, à mettre un peu l'orthographe, à faire les quatre règles et des problèmes d'application ; il connaît les choses usuelles et leurs usages, répond aux questions qu'on lui adresse lorsqu'elles ne

(1) Cette contradiction apparente est due à la saillie du tendon d'Achille contracturé sous la peau.

sont pas trop complexes. Il a de la mémoire et du jugement. Il sait son âge, le jour, le mois, une partie des épisodes de sa maladie ; s'habille, se débarbouille, est devenu propre, etc. Malgré son infirmité, il a fait quelques progrès en gymnastique et en escrime. — Mais c'est une nature assez pervertie : il est dissipé et mauvais camarade au plus haut point ; il fait et dit des obscénités jusqu'à se rendre antipathique à tous ceux qui l'entourent ; il est menteur, insolent, querelleur, voleur, gourmand. Il se livre à l'onanisme et provoque ses camarades à la débauche ; enfin, lorsqu'il se bat, il n'hésite pas à se blesser ensuite avec un couteau afin de se faire passer pour victime. La physionomie est relativement assez douce; le regard n'a pas la dureté de celui des épileptiques ordinaires.

Description des accès (7 juillet 1882). Durant un examen, Bar... cesse tout à coup de causer ; ses traits s'immobilisent, le *membre supérieur gauche* est pris d'*agitation*, de *secousses*, et la face rougit.

Période tonique. Pas de *cri* initial ; la face est portée à gauche les paupières sont mi-closes, les yeux étant portés en bas et à gauche ; les pupilles, d'abord légèrement dilatées, se resserrent au bout d'une demi-minute ; pas de nystagmus. L'avant-bras gauche est demi-fléchi ; *tout le membre devient d'une rigidité extrême;* il en est de même pour le *membre inférieur gauche*, qui est dans l'extension et qu'il n'est pas possible de fléchir. Jusqu'alors, le bras et la jambe du côté droit sont à peine roides, et peuvent être fléchis aisément.

Période clonique. — Bientôt surviennent des *convulsions cloniques, qui sont limitées au bras gauche.*

Puis, à la suite d'un léger frémissement des lèvres, les membres du côté droit deviennent rigides à leur tour, mais très peu. C'est ensuite du côté droit que la rigidité cesse d'abord ; en même temps, le côté gauche devient plus souple progressivement, et les yeux se ferment.

L'accès se termine *sans stertor, sans écume, sans morsure de la langue* ; le malade semble s'endormir.

2e *accès.* Au bout de deux minutes, alors que la rigidité n'était pas encore complètement disparue à gauche, on voit reparaître l'agitation du bras ; puis les phénomènes se succèdent comme plus haut.

3e *accès.* La rigidité prédomine toujours à gauche ; mais elle

est, cette fois, plus accusée que les précédentes, du côté droit ; pourtant, la flexion des membres droits est encore possible.

4[e] *accès*. La rigidité se prononce de plus en plus à droite. Dans tous ces accès, ce n'est que sur le bras gauche qu'ont porté les convulsions cloniques. Celles-ci étaient très accentuées ; les membres droits ont toujours été *immobiles*.

8 *juillet*. Depuis quelque temps, les signes de la puberté se sont accentués. On note aujourd'hui des poils aux aisselles ; les seins sont très développés et font une saillie conique en avant de la région pectorale.

Depuis l'entrée de Bar... à Bicêtre, la marche des accès a été la suivante :

	1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.....	—	—	7	»	1	»	4	»	»	»
Février.....	—	—	»	»	5	»	6	»	8	2
Mars......	—	—	1	»	5	»	10	»	4	»
Avril......	—	—	23	»	6	»	4	»	4	»
Mai.......	—	—	10	»	5	»	7	»	5	»
Juin......	—	—	»	»	6	»	7	»	9	»
Juillet.....	—	—	19	»	4	»	10	»		
Août......	—	—	2	»	3	»	3	»		
Septembre...	—	—	3	»	7	»	8	»		
Octobre....	—	—	»	»	6	»	5	»		
Novembre...	2	»	10	»	2	»	3	»		
Décembre...	4	»	»	»	5	»	6	»		
Totaux...	6	»	75	»	55	»	73			

§ I. — **Des Convulsions.**

C'est d'habitude de la façon la plus soudaine et la plus inattendue que débute la première crise convulsive, et rien dans les antécédents de l'enfant ne permet de prévoir un danger aussi imminent. Si quelques-uns, en petit nombre, ont donné jusqu'alors des signes de tare nerveuse, tels que lenteur de la dentition, marche et parole tardives, persistance de l'incontinence d'urine, retard dans les petites manifestations de l'intelligence épiées avec tant de soin par les parents, etc., combien d'autres, au contraire, étaient, au dire de mères compétentes, des enfants « superbes », « venant bien » et parfois même « précoces en tout! » Mais à défaut de prodromes éloignés, n'y en aurait-il pas d'immédiats, précédant de quelques heures les convulsions? Très rarement et rien de caractéristique. Nous avons vu Merl.... (Obs. II) prise d'un malaise vague, mal défini, demander à rentrer à la maison, et y devenir aussitôt la proie des convulsions. Nous avons vu également Douc... (Obs. III.) se plaindre de céphalalgie et réclamer son lit. Mais, et cela tient peut-être à la jeunesse des malades, qui rendent mal compte de leurs impressions, c'est d'ordinaire en pleine santé que surviennent les convulsions. Rien n'est plus variable que l'âge auquel elles se montrent, et, parmi la longue série d'observations que nous avons entre les mains, nous trouvons tous les intermédiaires entre un

mois, et 2, 3, 5, 7 ans (1). A la vérité c'est dans la première, la seconde et la troisième année que nous trouvons le plus de cas. Il en est même, et M. Bourneville en a publié un exemple dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* (Obs. I. R.... Madeleine), dans lesquels l'enfant hémiplégique, serait né et où l'on pourrait peut-être mettre cette *hémiplégie congénitale*, sur le compte de *convulsions intra-utérines*. Quel que soit d'ailleurs le plus ou moins de brusquerie du début des crises convulsives initiales, elles ont, dans tous les cas bien observés, une physionomie spéciale, en quelque sorte typique. Tout d'abord, elles ne sont pas généralisées, mais portent *exclusivement sur une seule moitié du corps*, et cela, suivant l'expression de la mère d'un malade, « *depuis l'œil jusqu'au talon*. Elles sont constituées par une *succession d'accès*, rappelant ceux de l'épilepsie avec *périodes tonique*, *clonique* et *stertoreuse*. Ces accès sont si rapprochés l'un de l'autre, qu'ils paraissent parfois subintrants et constituent un véritable *état de mal*, dans lequel on a pu noter, comme pour l'épilepsie vulgaire, une élévation très-appréciable de la *température centrale*. Il résulte du nombre plus ou moins considérable de ces accès, que la durée de ces *convulsions* est fort variable. Rarement elle n'est que de dix minutes à une demie heure; d'ordinaire on voit au contraire les accès s'ajouter indéfinitivement et former une véritable *série* qui ne cesse qu'après huit, dix et même vingt-quatre heures.

La marche et la terminaison de cette première période ne sont pas toujours identiques. 1° On n'étonnera per-

(1) A 15 mois (Dart...,). — à 18 mois (Bla...,). — à 14 mois (Bord...,). — à 6 mois (Tourn...,). — à 7 mois (Cab...,). — à 3 jour (Reg...,). — à 13 mois (Hug...,). — à 2 mois (Soul...,). — à 2 ans (Bar...,). — à 2 ans 1/2 (Col...,). — à 3 ans 1/2 (Boul...,). — à 14 mois (Ris...,). — à 1 an (Zim...,). — à 7 ans (Delet...,). — 5 ans (Petit...,).

sonne en disant qu'un certain nombre de malades ne résistent pas à un assaut si formidable. On possède quelques cas dans lesquels les faits que nous venons de noter avaient été bien observés, et où la mort immédiate est venue enlever le malade : la maladie s'est alors bornée en quelque sorte à une seule période.

2° Dans d'autres cas, l'état de mal convulsif se termine en laissant une hémiplégie complète, constatée dès le premier jour ; c'est ce que nous avons noté dans un grand nombre de nos observations. L'enfant était alors plus ou moins affaibli, devait garder le lit un temps variable, mais la période initiale était terminée, et le malade entrait dans la seconde période, la *période hémiplégique*. A ce moment, outre la paralysie, on a observé souvent une modification plus ou moins profonde de l'intelligence, pouvant aller de l'*insuffisance* à l'*idiotie*.

3° D'autres fois, après cet état de mal on n'a constaté qu'une simple *parésie*, et, au bout d'un temps variable, un, deux ou trois mois, survient un nouvel *état de mal convulsif*, identique au premier, à la suite duquel la *parésie* se transforme en *paralysie complète*.

4° Dans un quatrième mode, on n'a noté aucun affaiblissement des membres à la suite du premier état de mal, et ce n'est qu'après un second que l'*hémiplégie* est survenue.

5° Enfin, on peut encore, après avoir indubitablement constaté une *parésie*, voir les accidents s'amender à tel point que les parents déclarent qu'il ne persiste plus rien. Nous verrons qu'un examen attentif permet de s'assurer que la parésie existe encore.

Voici l'observation d'un malade chez lequel les parents ont remarqué l'hémiplégie peu de temps après les convulsions initiales, comme cela arrive le plus souvent.

Observation V.

Sommaire. — *Grand-père paternel, alcoolique. — Un cousin, intelligent, a eu des convulsions. — Un autre, hémiplégique. — Peur durant la grossesse. — Contusion de la tête à la naissance. — Convulsions unilatérales à 18 mois. — Hémiplégie droite et épilepsie consécutives. — Marche des accès ; aura. — Amélioration.*

Bla.., Charles, âgé de 32 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 31 juillet 1861.

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère). — *Père*, 58 ans, lampiste, petit, un peu obèse, sobre, doux, bien portant, un peu sourd; pas de traces de syphilis. [*Père*, faisant des *excès de boisson*, est mort « asthmatique » à 80 ans ; — *mère*, morte « de coliques » à 86 ans; un *frère*, bien portant; — deux *sœurs* : l'une, morte en couches; l'autre, mère de 6 enfants dont *l'un* a eu des *convulsions et n'est pas intelligent*, quoiqu'il travaille encore passablement; un *cousin*, issu de germain, était *hémiplégique* ; on ignore s'il était épileptique. Pas d'autres antécédents nerveux dans la famille.]

Mère, 57 ans, couturière, sobre, lymphatique, rhumatisante, sujette à des céphalalgies. [*Père*, mort de pleurésie; — *mère*, morte à 69 ans de rhumatisme chronique déformant. Pas d'antécédents nerveux héréditaires dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1° notre malade; 2° une fille, pas nerveuse, intelligente, mère d'enfants intelligents.

Notre malade. — Durant la grossesse, au 3ᵉ ou 4ᵉ mois, *peur très passagère*, à la vue d'un homme en proie à un accès d'épilepsie. Accouchement à terme, tellement facile qu'il a surpris la mère debout; chute sur le carreau de l'enfant suivi du placenta; *contusion et ecchymose à la tête* ; Bl... a été élevé au sein jusqu'à 11 mois; il a commencé à marcher à 14 mois, à parler et à être propre à 15 mois, et semblait intelligent, lorsqu'à 18 mois, *sans aucun prodrome*, il fut pris un soir de *convulsions*, sous forme d'une sorte d'*état de mal* qui dura 48 *heures*. *Ces convulsions étaient exclusivement limitées à la moitié droite du corps*, « *de-*

puis l'œil jusqu'au talon. » On ne sait si le bras était plus ou moins secoué que la jambe. L'autre côté était absolument immobile. Cet état de mal convulsif a été suivi de fièvre pendant deux jours, aussi est-ce seulement le troisième jour, lorsque le malade a pu se lever, qu'on s'est aperçu qu'il *traînait notablement la jambe, et que le bras droit, dont il ne pouvait plus se servir, pendait inerte le long du corps.* Quatre jours après, *nouvelle série de convulsions*, semblables aux premières, mais durant 30 minutes seulement. A dater de ce jour, Bl... eut presque quotidiennement des *accès* en plus ou moins grand nombre; le maximum aurait été de 10 en 24 heures. On a remarqué aussi que, à la suite des deux états de mal convulsifs, l'*intelligence* subit alors une assez *forte déchéance* : on l'envoya à l'école, mais il n'y apprit rien du tout; son caractère resta doux; ses sentiments, affectueux ; pas de mauvais instincts, pas de kleptomanie, de pyromanie, d'onanisme. Sa santé générale était assez bonne ; il eut une rougeole à 6 ans, suivie de croûtes dans les cheveux et d'une ophthalmie.

De très bonne heure, la jambe récupéra une partie de ses fonctions, si bien que, quand Bl... entra à Bicêtre, à l'âge de 11 ans, *il ne la traînait presque plus du tout.* Les forces ne revinrent pas aussi bien dans le bras. A cette époque, les accès étaient moins fréquents ; il avait quelquefois des intervalles de huit jours, puis des séries de 5 à 10 dans le même jour ; *pas de vertiges*; les accès étaient diurnes et nocturnes. Ils étaient précédés d'une *aura* dont on ignore la nature ; Bl... disait : « Bobo, bobo, je vais être malade. » puis, *sans pousser de cri initial*, il devenait *raide du côté droit*, pendant qu'avec la main gauche non contracturée, il se déchirait la poitrine. La *période de coma* paraîtrait avoir fait défaut ; il n'y avait pas d'écume ni d'évacuations involontaires. Enfin on déclare que Bl... n'avait pas de manifestations délirantes. A la fin de la crise, il poussait un profond soupir, revenait à lui et reprenait son chant ou ses jeux interrompus ; seulement il avait alors de la *difficulté à se tenir debout, et le bras était plus inerte.*

Etat actuel.— Tête, pas d'irrégularité saillante ; pas d'asymétrie du *crâne*, l'occipital est un peu bombé et est surmonté d'une dépression correspondant à la suture lambdoïde.— *Face*: elle paraît aplatie et moins développée à droite qu'à gauche. De ce côté l'os malaire est plus saillant ; le côté droit du menton est aplati, les fentes palpébrales sont égales. *Au repos*, il semble

que la commissure labiale gauche est attirée légèrement en haut et quand le malade *rit*, la bouche devient très nettement oblique ; la commissure gauche est attirée en haut, et le côté gauche de la face se plisse, tandis que le côté droit reste immobile. Bl... veut-il *siffler*, ses lèvres restent accolées et inertes dans leur moitié droite, et ce n'est que leur moitié gauche, qui se contracte pour disposer la bouche en vue de l'action recherchée. Le *front* est bombé, assez bas, fortement et également ridé des deux côtés ; pas de saillie des bosses frontales, ni des arcades sourcilières. — *Iris* bruns, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nez* droit, assez fort. — *Bouche* moyenne : maxillaires réguliers, dentition complète et régulière, sauf pour les deux incisives latérales supérieures qui sont en retrait de leurs voisines. — *Voûte palatine* très profonde, *presque ogivale*, symétrique ; voile du palais et piliers normaux, luette longue, aplatie, portant un sillon longitudinal sur la face antérieure et légèrement dentelée à sa partie inférieure ; amygdales très déchiquetées. — *Oreilles* petites, peu ourlées, lobules adhérents. — *Cou*, *thorax*, *rachis*, bien conformés, *musculature également développée des deux côtés*.

Membres supérieurs. — A première vue, on remarque que le bras droit est bien moins volumineux que le gauche, mais il n'offre d'attitude vicieuse qu'à la main, laquelle est d'ordinaire *fléchie à angle droit* sur l'avant-bras, et dont les doigts sont dans une *extension un peu forcée*. Tous les mouvements volontaires ou communiqués du bras se passent entre l'omoplate et le tronc, et l'articulation de l'épaule paraît comme ankylosée. Pas de contracture des muscles de la région. Le coude est mobile, le malade peut le mouvoir ; on n'y perçoit pas de craquements. En ce qui concerne le poignet, si on commande au malade de relever *lui-même* sa main, il ne peut le faire si les doigts sont étendus, mais il y réussit en fermant préalablement la main, et en faisant une énergique contraction de tous les muscles de l'avant-bras. Si on lui demande de vous présenter sa main, *immobile*, on constate que cela lui est difficile : il y a un peu *d'athétose* caractérisée par une légère reptation du pouce, du petit doigt, une torsion du métacarpe, etc.

Mensurations comparatives des deux membres supérieurs

		Droit.	Gauche.
Circonférence	du bras au niveau de l'aisselle	24 c.	27 c.
—	du bras à 10 c. au-dessus de l'olécrâne .	23	26
—	de l'avant-bras à 10 c. au-dessous de l'olécrâne	21,1/2	26
—	au niveau du poignet.	15,1/2	17,1/2
—	du métacarpe.	19	21,1/2
Distance	de l'acromion à l'olécrâne	32	32
—	de l'olécrâne à l'apophyse styloïde	32	32
—	de cette apophyse à l'extrémité du médius..	17	18

Membres inférieurs. — Le membre du côté droit, à la simple inspection, est moins développé que son congénère ; la cuisse est plus grêle, plus flasque, mais l'arrêt de développement est surtout évident pour le mollet. Les mouvements volontaires et communiqués sont libres ; aucune raideur, aucun craquement dans les articulations. La marche est facile, mais avec une *légère boiterie* ressemblant à celle des malades atteints d'ankylose du genou ; la jambe droite serait plus *sujette à la fatigue* que la gauche. Le dos du pied droit est plus saillant que du côté opposé, la voûte plantaire est plus profonde, son bord interne un peu plus relevé, comme dans un premier degré de varus équin, mais dans la marche le pied pose à plat ; il paraît *plus petit* que le gauche. L'usure des chaussures est égale. Pas de trépidation, ni d'exagération du phénomène du tendon, ni de frémissement musculaire. Un thermomètre à surface, placé durant 10 minutes sur la face interne de chaque cuisse, nous a donné : du côté sain, 35°,8 ; du côté paralysé, 34°,8.

Mensurations comparatives des deux membres inférieurs :

		Droit.	Gauche.
Circonférence	de la cuisse au niveau de l'aine . . .	49 c.	53 c.
—	à 10 cent. au-dessus de la rotule . . .	40	43
—	de la jambe à 10 cent. au-dessous de la rotule.	28 1/2	31,1/2
—	de la jambe au niveau des malléoles.	29	21
—	du métatarse	22	23
Distance	de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité du tibia.	48	48
—	de celle-ci à la malléole externe.	33,1/2	35
—	de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian.	19	19

Organes génitaux. — Verge volumineuse, gland bien conformé testicules descendus ; onanisme hebdomadaire (?) ; instincts de débauche et de sodomie ; rapports sexuels mensuels.

Peau : cheveux, sourcils, cils, châtains foncés, très épais ; barbe et moustache bien fournies ; poils abondants sur la poitrine, le ventre, aux aisselles, au pénil, sur les quatre membres ; *aucune trace de cicatrice* ; pas d'adénite.

Force musculaire. — Au dynamomètre Mathieu : 11 kilog. 1/2 pour la main droite, et 57 kilog. pour la gauche. En juin 1882 : *Taille*, 1m,56 ; *Poids*, 51 kilogr. 80.

Sensibilité générale, conservée dans tous ses divers modes et égale des deux côtés. — Même remarque pour les *sens spéciaux*.

Digestion. — Bon appétit, fonctions régulières ; rate et foie normaux. — *Respiration* et *Circulation :* aucune manifestation morbide.

Intelligence. — B... répond passablement aux questions qu'on lui pose ; il sait son âge, la date de son entrée à l'hospice ; il a des souvenirs de sa première enfance ; il connaît les choses ordinaires, leurs usages ; mais il ne lit que difficilement l'imprimé, ne lit pas l'écriture, ne sait pas écrire ni calculer. Il travaille au jardin. Son caractère est peu sociable ; il n'est pas aimé de ses camarades ; est très sournois, et fait quelquefois des dénonciations qui ne paraissent pas fondées. Ajoutons que sa tenue est assez correcte et qu'il est soigneux de ses habits et de sa personne. (Depuis un an, son caractère et ses habitudes seraient devenus meilleurs.)

Depuis l'entrée du malade, les accès ont suivi la marche suivante :

	1871		1872		1873		1874		1875		1876		1877		1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier. . .	»	»	18	»	»	»	»	»	4	»	2	»	3	»	3	»	1	»	»	»	1	1	3	»
Février. . .	1	»	»	»	1	»	7	»	»	»	2	»	2	»	2	»	»	»	1	»	1	»	4	»
Mars	2	»	»	»	27	»	16	»	1	»	2	»	2	»	1	»	3	»	»	»	1	»	4	»
Avril. . . .	16	»	»	»	7	»	»	»	»	»	1	»	2	»	3	»	»	»	»	»	1	»	3	»
Mai.	26	»	15	»	»	»	2	»	1	»	1	»	3	»	2	»	2	»	»	»	1	»	3	»
Juin.	»	»	15	»	1	»	37	»	»	»	2	»	3	»	1	»	1	»	»	»	1	»	1	»
Juillet. . . .	»	»	5	»	»	»	7	»	1	»	2	»	1	»	2	»	2	»	»	»	1	»		
Août.	16	»	»	»	58	»	6	»	3	»	1	»	1	»	1	»	»	»	1	»	1	»		
Septembre. .	14	»	3	»	16	»	8	»	3	»	3	»	3	»	3	»	2	»	»	»	3	»		
Octobre . . .	2	»	3	»	»	»	»	»	1	»	2	»	2	»	4	»	»	»	1	»	3	»		
Novembre. .	»	»	19	»	»	»	»	»	3	»	2	»	5	»	2	»	2	»	1	»	»	»		
Décembre . .	93	»	8	»	3	»	346	»	1	»	1	»	2	»	2	»	1	»	1	»	2	»		
Totaux . . .	170	»	86	»	113	»	429	»	18	»	21	»	29	»	26	»	14	»	5	»	16	1		

Les accès sont devenus assez rares depuis 1875 ; ils se présentaient autrefois par *séries;* ils sont maintenant isolés, d'ordinaire *nocturnes*, et précédés d'une *aura*, consistant en un *fourmillement* qui survient dans la main droite environ

deux ou trois minutes avant l'accès ; ce fourmillement monte progressivement et fait bientôt place *à une roideur du membre, du côté droit du cou et de la face ;* ce n'est qu'alors que survient la perte de connaissance, et le malade a eu le temps de se coucher. Il y a aussi un *engourdissement concomitant de la jambe droite.*

§ II. — **De l'Hémiplégie.**

Ainsi que nous venons de le voir, ce n'est pas toujours de la même façon que surviennent les accidents paralytiques, mais peut-être un nombre plus considérable de variétés est-il créé par le manque d'attention de beaucoup de parents. Certains,plus méticuleux, ont noté, dès la terminaison de la crise, une modification dans la motilité des divers membres de l'enfant; d'autres, au contraire, ont pu attendre le rétablissement complet du malade, laisser passer deux, trois mois, puis le lever, pour constater la présence d'une paralysie. Celle-ci était-elle apparue plus tardivement? Nous en doutons, mais ces difficultés auxquelles se heurtent les recherches de ce genre, laissent indéterminée, forcément, l'époque absolue de l'établissement de l'hémiplégie. Nous sommes porté à admettre que c'est immédiatement après un *état de mal*, que ce soit un premier, un second ou un troisième, qu'on doit noter l'hémiplégie, absolument comme on la constate à la suite d'une apoplexie, et voici souvent comment cela se passe : L'enfant vient d'avoir sa crise, elle a duré un temps variable, il est réveillé; il a encore plus ou moins de fièvre, mais il s'asseoit de temps en temps dans son lit, et on remarque que si on lui offre un jouet, un gâteau, ils les reçoit *invariablement avec la même main, se déplace même avec effort pour mettre*

cette main dans la possibilité de prendre l'objet, alors que pour saisir avec l'autre main il n'aurait eu *qu'à la soulever*, et ceci frappe d'autant plus, si c'est le bras droit qui est paralysé, car l'enfant est devenu absolument *gaucher*. On peut aussi s'apercevoir que, alors qu'une des jambes voyage volontiers dans le lit, l'autre au contraire reste *immobile* et ne quitte jamais le plan horizontal.

Vient-on à lever l'enfant, alors les symptômes deviennent tellement évidents, qu'on ne peut plus les méconnaître : *l'un des bras pend inerte le long du corps, la main est impuissante ;* la station debout est instable par suite de la *flaccidité* du membre inférieur correspondant, laquelle rend la marche difficile ou possible seulement en traînant *la jambe*. Le territoire envahi par la paralysie n'a pas toujours la même étendue ; ainsi, bien que chez un certain nombre de nos malades, nous ayons pu constater des reliquia incontestables de paralysie faciale, aucun parent ne nous a signalé la distorsion de la bouche après l'état de mal. On est obligé d'admettre alors que la face a été touchée d'une façon très légère, négligeable en présence des autres accidents. Dans tous les cas, le bras et la jambe sont lésés en même temps, mais souvent fort inégalement. D'habitude, le bras est totalement inerte et la main flasque ; parfois il en est de même du membre inférieur, mais ce n'est pas la règle, et, soit que les convulsions y aient été moins intenses, comme on l'a souvent observé, soit pour toute autre cause, il est plus fréquent de voir le petit malade exécuter encore quelques mouvements avec sa jambe, qui fléchit, il est vrai, sous lui, mais qui réussit encore à le porter, et peut encore servir, *en traînant*, à sa progression. Chez d'autres on ne note même qu'une *parésie*, une « faiblesse » comme disent les parents, et qui n'est pas comparable avec l'inertie toujours plus considérable du membre supé-

rieur. Il est enfin des cas dans lesquels le membre inférieur et le bras sont indemnes, et où la *parésie* se trouve limitée à l'avant-bras et même à la main toute seule.

L'évolution de eette hémiplégie ne diffère pas d'une façon sensible de celle des hémiplégies dues à d'autres processus pathologiques, et plusieurs éventualités peuvent se présenter. 1° Dans certains cas, très heureux, après quelques semains écoulées, on voit, soit spontanément, soit à la suite d'électrothérapie, les membres lésés récupérer peu à peu tout ou partie de leurs forces et de leur motilité ; nous avons des exemples, et l'observation de Cabo... vient à l'appui, dans lesquels il faut une grande attention, des expériences dynamométriques, des actes propres à décéler l'agilité des doigts, fréquemment répétés, pour se faire une eonviction, et affirmer l'existence d'un affaiblissement ayant survécu à l'hémiplégie primordiale.

Observation VI.

Sommaire. — *Mère : hystérie. — Grand'mère : apoplexie. — Oncle : fièvre chaude. — Cousines : convulsions, folie passagère. — Sœur : convulsions.*

Frayeur dans la grossesse ; asphyxie à la naissance ; convulsions internes à 3 mois.— Etat de mal à 7 mois, convulsions prédominant à droite ; hémiplégie consécutive. — Epilepsie (7 mois 1/2). — Pas de contracture ; atrophie ; — Mobilité mentale.

Cab... (Léon-Antoine), âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 3 août 1877.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère du malade). — Père, 63 ans, employé, de nationalité espagnole. Aucun renseignement sur lui, car il a *violé* la mère de l'enfant.— *Mère,* 38 ans, employée dans un théâtre, puis libraire, intelligente, *très nerveuse*, sujette à des *attaques d'hystérie* depuis qu'elle a été violée.

Nous n'insisterons pas sur ces crises bien décrites par la personne, et où nous trouvons : aura ovarienne, grands mouvements, persistance de la connaissance, catalepsie, pleurs, chants, durée de deux à neuf heures, enfin consécutivement idées noires, penchant au suicide, urines abondantes et claires, etc. [*Père*, calme et sobre ; mort asystolique. — *Mère*, peu nerveuse, morte d'*apoplexie* avec *hémiplégie droite*; son père avait aussi été paralysé. — Trois *frères*, l'un est mort de *laryngite tuberculeuse*, l'autre de *hernie étranglée*, le dernier est bien portant, mais il a perdu un enfant de *convulsions*. — Une *sœur*, devenue aveugle à quinze ans à la suite d'ophthalmie, et morte à seize ans de fièvre muqueuse. Un *oncle paternel* s'est jeté par la fenêtre dans un accès de *fièvre chaude*. — Un *cousin* aurait été momentanément *fou* (?). Pas d'autres antécédents héréditaires dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Deux enfants : 1° une *fille*, légitime, quinze ans, intelligente, forte, a eu à trois ans des *convulsions* qui ont duré quatre heures. — 2° *notre malade :*

Durant la *grossesse*, attaques d'*hystérie*, *boulimie* : *frayeur* à six semaines, occasionnée par *le cri d'un singe* ; *tristesse* habituelle, due aux circonstances qui ont accompagné la conception. Accouchement naturel à huit mois et cinq jours ; le placenta est sorti avec l'enfant. Celui-ci était *noir* et on dut faire saigner le cordon. C... a été nourri par sa mère jusqu'à l'âge de neuf mois. A trois mois il fut pris de *convulsions limitées aux yeux* ; elles se sont répétées quotidiennement durant deux mois, sont devenues plus rares ensuite, et enfin ont disparu complètement au septième mois. A neuf mois, on mit Léon en sevrage pour un mois ; il y poussa sa première dent, mais il en revint maigre, « étique », affamé, vorace, et atteint de diarrhée rebelle. A dix-huit mois, il n'était pas encore remis de cet affaiblissement, il ne parlait ni ne marchait, ne montrait que peu d'intelligence, ne reconnaissait que sa mère, enfin, « ne ressemblait pas aux autres enfants. » Ce fut alors que, sans cause connue, il fut pris de *convulsions qui durèrent dix heures, sous forme d'état de mal.* Elles ne portèrent que sur *le côté droit du corps et de la face.* Le jour même, on s'aperçut que Léon *prenait tous les objets de la main gauche*, et on constata, en la soulevant, que *la main droite était inerte*. Quant à la jambe droite, elle était *plus faible*, mais non pas tout à fait *paralysée*. La santé générale n'a pas été fortement atteinte, et dès le lendemain, C... était repris de sa *voracité* ha-

bituelle. Grâce à des *électrisations* faites à l'hôpital St-Antoine, *la main récupéra quelques mouvements* ; on n'a jamais constaté de *contracture*. Ce fut dans le courant du mois qu'il fut pris de ses *deux premiers accès d'épilepsie*. Les accès reparurent d'une façon irrégulière durant plusieurs mois, puis pendant une autre période de plusieurs mois, ils ne revinrent qu'une fois par mois. Ce n'est qu'à cinq ans qu'il a commencé à *balbutier* « maman » ; jusque-là, il poussait des « cris sauvages » que sa mère attribuait à sa frayeur dans la grossesse ; à sept ans il ne parlait encore que très difficilement. Ce fut aussi à cinq ans qu'il commença à *marcher* ; à six ans il devint propre. Son caractère était très affectueux, mais il était sujet à des *impulsions*, et, sans motif, venant d'embrasser sa mère, il lui jetait à la tête le premier objet qui se présentait sous sa main ; il n'avait pourtant aucun mauvais instinct. — Il était inconscient du danger, *mobile, vagabond*, et fréquemment s'échappait de la maison. Ses fuites avaient pour but d'aller entendre de la *musique* dans des concerts. Sur les conseils du commissaire de police, sa mère lui fit porter un « *costume complet vert clair* » lequel le signalait à l'attention des gardiens de la paix préalablement avertis; ceux-ci le ramenaient alors chez lui directement. Aussitôt rentré, il avouait ses fautes à sa mère et implorait humblement son pardon. Il avait le « cœur sensible ». Sa santé générale aurait toujours été bonne, à part beaucoup d'impétigo du cuir chevelu ; il n'a pu suivre aucune école à cause de sa maladie, et comme traitement il n'a pris que du bromure de potassium.

Etat actuel. — *Tête* et *crâne* assez réguliers*;* région occipitale assez prononcée, sur le vertex une crête mousse antéro-postérieure correspondant à la suture interpariétale.

Diamètre antéro-postérieur	17 c.	5
Diamètre bi-pariétal	13	5
Circonférence	51	
Demi-circonférence droite	27	
Demi-circonférence gauche	24	5

Face, ovale, paraît, mais d'une façon très fugitive, plus aplatie à droite. Au repos la bouche est transversale ; dans le rire la commissure gauche tend à s'élever légèrement.— *Front* moyen, déprimé latéralement ; égale saillie des bosses frontales, tempe droite un peu plus creuse que la gauche (?). — *Fentes palpébrales*

égales, iris bruns, pas de strabisme ni d'inégalité des pupilles. — *Nez* droit.

Maxillaires réguliers. — *Voûte palatine* peu profonde, symétrique ; voile du palais bien conformé, amygdales très volumineuses. — *Menton* rond. — *Oreilles*, petites, la droite plus étroite que la gauche, bien ourlées, lobules adhérents.

Cou et *thorax*, bien conformés ; les muscles sus et sous-épineux sont un peu moins développés à droite; les muscles de l'épaule droite, bien développés, paraissent parfois rigides et comme contracturés.

Membres supérieurs. — Le membre du côté droit n'apparaît pas atrophié; il ne présente aucune contracture, aucune attitude vicieuse, seulement la main retombe un peu comme par une sorte de *faiblesse* des muscles extenseurs. Léon exécute avec son membre tous les mouvements qu'on lui prescrit, mais la main est un peu lente à se mouvoir, à se soulever, comme si les extenseurs étaient *parésiés*. La flexion est facile; les doigts ne sont pas déliés.

C... ne peut que difficilement saisir un objet de la main droite; il arrive pourtant à le prendre, mais il ne peut que péniblement le manœuvrer; il écrit de la main gauche, en allant de gauche à droite. Veut-il essayer d'écrire de la main droite, les doigts se crispent sur le porte-plume, qui, tenu verticalement, rend l'écriture impossible. Pas d'athétose, aucune modification de nutrition ni des articulations, ni de la peau, ni du système pileux, pas de trace d'abcès.

	Droit.	*Gauche.*
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle. . . .	19 c.	20 c.
— du bras à 6 c. au-dessus de l'olécrâne.	17,5	17,8
— de l'avant-bras à 6 c. au-dessous de l'olécrâne		
— du poignet.	13	13
— du métacarpe.	18,5	18,5
Distance acromio-olécrânienne	25,5	25,5
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus.	18	18
— de celle-ci à l'extrémité du médius	14	14,5

Membres inférieurs. — Le membre droit ne diffère en rien à la vue du membre gauche; même musculature, aucune déformation, mouvements libres, pas de mouvements involontaires, pas d'exagération du phénomène du tendon, aucune mo-

dification de la peau, des poils, etc. La température prise au moyen du thermomètre à surfaces sur la partie interne des cuisses, au niveau du sommet du triangle de Scarpa, a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1re expérience. . . .	33°	30°,8.
2e —	36°,4	35°,4.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine . . .	39 c.	42 c.
— à 6 c. au-dessus de la rotule.	33	33
— de la jambe à 6 c. au-dessous de la rotule.	25,5	26
— au niveau des malléoles.	21,5	21,5
— du métatarse.	18,5	18,5
Distance de l'épine iliaque anté. et sup. à l'extrémité sup. du tibia	34	34
— de celle-ci à la malléole externe	27	27
— de celle-ci à l'orteil médian	15	17

Peau et tissu cellulaire. — Cheveux chatains foncés abondants ; cils longs, sourcils peu épais ; corps, membres, aisselles, pénil glabres. — Aucune cicatrice. En juin 1882. *Taille*, 1m,22 ; *Poids*, 28 kilog. 60 (1).

Digestion : appétit régulier, digestions faciles, constipation habituelle ; foie et rate normaux. — *Respiration* : thorax sonore, pas de râles. — *Circulation* : normale.

Sensibilité générale, conservée dans tous ses modes, paraît égale des deux côtés. — *Vue* égale des deux yeux. — *Ouïe* : aussi fine à droite qu'à gauche. — *Goût* et *odorat* conservés.

Intelligence : C... répond assez bien aux questions qu'on lui pose. Il connaît son âge, le jour, la date, le mois, l'année, sait combien il y a de jours dans une semaine, dans une année, le nom des saisons, etc. Il nous renseigne avec assez de précision sur le début, les causes supposées de sa maladie. Les progrès à l'école sont assez satisfaisants. C... lit couramment, écrit de la main gauche, connaît les quatres règles, les objets usuels et leurs usages. Il s'habille seul, mange de la main gauche, se tient propre et ne gâte pas ; ses sentiments affectifs sont bien développés, et il dit aimer également ses parents et sa sœur.

---

(1) En novembre 1879 : *Taille*, 1m,09 ; *Poids*, 23 kilog. 500.

Voici le relevé des accès depuis l'entrée à l'hospice :

	1877		1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier. . . .	—	—	3	»	1	»	2	»	1	»	»	»
Février.	—	—	2	»	»	»	1	»	1	»	»	»
Mars	—	—	2	»	54	»	2	»	»	»	»	»
Avril.	—	—	8	»	9	»	3	»	»	»	»	»
Mai.	—	—	3	»	3	»	»	»	»	»	4	»
Juin	—	—	1	»	2	»	5	»	»	»	»	»
Juillet	—	—	4	»	6	»	»	»	»	»		
Août.	4	»	»	»	2	»	»	»	»	»		
Septembre . . .	13	»	1	»	3	»	»	»	»	»		
Octobre.	8	»	1	»	3	»	7	»	4	»		
Novembre. . . .	9	»	»	»	2	»	»	»	1	»		
Décembre. . . .	4	»	»	»	2	»	»	»	»	»		
Totaux . . .	38	»	25	»	87	»	20	»	7	»		

Cette espèce de restauration est surtout fréquente pour le membre inférieur, et tels de nos malades marchent très bien, et se plaignent à peine d'une tendance plus rapide de la jambe à la fatigue, qui ne peuvent tirer aucun usage de leur membre supérieur. Celui-ci en effet offre plus rarement un retour *ad integrum*, et devient bien plus souvent pour le malade un appendice aussi gênant qu'inutile.

2° Dans une seconde catégorie de faits, la paralysie, une fois établie sur toute la moitié du corps, ne subit plus de modification, ni en bien, ni en mal, mais, disons-le bien vite, c'est dans une infime minorité des cas comme chacun peut le contrôler soi-même.

3° Au contraire, il est excessivement fréquent dans cette hémiplégie, non autrement que s'il s'agissait des suites d'un hémorrhagie cérébrale, de voir survenir une complication, qui enlève au médecin tout espoir de rétrocession, nous voulons parler de la *contracture*.

Ici encore nous regrettons de ne pas pouvoir donner

des chiffres exacts et de n'être pas en mesure de dire à quel moment précis apparaît la contracture, à quel moment il faut l'attendre et quand on peut cesser de la craindre. Il est bien difficile que des personnes inexpérimentées différencient un membre inerte par paralysie flaccide, d'un autre également inerte mais contracturé. Il est pourtant des malades chez lesquels on a constaté positivement la contracture peu après *l'état de mal;* mais dans la plupart des cas nous avons tout lieu de croire que c'est progressivement, insensiblement et sans bruit, dans l'espace de trois à six ou huit mois que s'établit cette complication grave.

Quoi qu'il en soit, elle est fréquente,et, par les attitudes qu'elle impose aux membres, elle mérite une place importante dans la nosographie qui nous occupe. D'ailleurs pour ses localisations, elle marche de pair avec la paralysie à laquelle elle vient s'ajouter. Prenons au hasard un de nos malades les plus complets, voici l'attitude dans laquelle se trouve immobilisé son membre supérieur : le bras est parallèle au tronc, parfois légèrement écarté; l'avant-bras est fléchi sur lui à angle droit, et résiste à tout effort d'extension; tantôt il est dirigé horizontalement d'arrière en avant, tantôt il repose transversalement sur le creux de l'estomac; la main est dans une flexion forcée et souvent les doigts sont également disposés en crochet; parfois même ils sont tout à fait recroquevillés dans le creux de la main. Dans les cas où la main seule était paralysée il est évident que seule aussi elle deviendra le siège de la *contracture.* De par l'attitude du membre, on peut voir que ce sont surtout les muscles du côté de la flexion, le biceps, le brachial antérieur, les muscles de la région antérieure de l'avant-bras et les cubitaux qui deviennent le siège de *contracture.* Aussi la flexion

est-elle souvent possible et facile à compléter soit spontanément, soit artificiellement; il n'en est pas de même de l'extension du coude, par exemple, qui demande une sorte d'*élongation* lente et patiente du biceps; de l'extension du poignet qui ne peut souvent se produire qu'en exagérant la flexion des doigts, et qui demande quelquefois de la part de l'expérimentateur des efforts douloureux pour le malade. Dans les cas où la main seule est intéressée et se trouve fléchie à angle droit sur le poignet, il ne faudra pas prononcer trop tôt le mot de contracture et bien s'assurer qu'il ne s'agit pas seulement d'une simple paralysie des extenseurs, comme nous l'avons observé quelquefois. On pourrait alors relever mécaniquement la main avec la plus grande facilité, à moins toutefois que, par suite de cette attitude vicieuse, les muscles fléchisseurs n'aient subi une véritable rétraction. Dans ce dernier cas, on ne note pas, comme dans la contracture avérée la même dureté presque marmoréenne des groupes musculaires intéressés.

Lorsque la contracture apparaît au membre supérieur, il est de règle qu'elle intéresse aussi le membre inférieur. Celui-ci est alors maintenu dans l'extension, ou dans une flexion presque insensible, mais c'est le pied surtout qui prend des attitudes vicieuses : tantôt, il est dans une véritable extension forcée, absolument comme dans le pied bot équin pur, et le mollet contracturé est dur comme du bois; mais plus fréquemment il offre la déformation décrite sous le nom de pied bot varus-équin, c'est-à-dire qu'il y a exagération de la concavité plantaire, que le bord interne du pied est surélevé, que la station se fait sur le bord externe et l'extrémité antérieure seulement. Souvent, et surtout, lorsqu'on observe la variété *équin pur*, on voit les orteils refoulés dans une extension forcée, à la suite de laquelle survient une véritable

rétraction des extenseurs qu'il ne faut pas confondre avec la contracture. D'habitude la motilité de la cuisse sur le bassin n'est pas sérieusement compromise, quoique affaiblie, comme on peut le constater en priant le malade couché de soulever son membre inférieur au-dessus du plan du lit. Les mouvements de la jambe sur la cuisse sont lents, laborieux et provoquent presque toujours du côté du bras une succession de ces *mouvements associés*, sur lesquels M. le professeur Charcot a attiré l'attention ; quant au pied, il est absolument inerte, et il est même impossible de provoquer sa flexion, tant le tendon d'Achille offre une victorieuse résistance.

Peut-on prévoir l'imminence de la contracture, comme dans l'hémiplégie ordinaire, au moyen du *phénomène du tendon*. Nous n'oserions le dire, ne l'ayant pas constaté ; il y a plus, chez nos malades, où nous avons régulièrement recherché ce symptôme, nous n'avons noté d'une façon bien nette ni au coude, ni au poignet, ni au genou, *d'exagération du phénomène du tendon*. Un seul, Douc..., nous a donné le tremblement de l'épilepsie spinale, au moment où nous lui fléchissions fortement le pied.

Avant de continuer l'étude de cette seconde période, nous désirons d'abord présenter l'observation d'un enfant, chez lequel les accidents paralytiques se sont limités, et dont *le bras* et *le pied seuls* sont le siège de déformations et d'attitudes vicieuses, quoique cependant la totalité des deux membres offre à la simple inspection, des signes évidents d'arrêt de développement :

Observation VII.

Sommaire. — *Père, suicidé. — Grand'mère, hystérique. — Mère, névralgie faciale. — Grand'mère, hémiplégie. — Sœurs, convulsions. — Premières convulsions à trois jours limitées à un côté; hémiplégie consécutive ; atrophie et déformation des membres. — Epilepsie à 7 ans. — Diphthérie. — Paralysie du voile du palais.*

Reg... Paul, âgé de 11 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 8 février 1881.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère de l'enfant). — *Père*, plombier, calme, sobre, *s'est suicidé par pendaison* à 58 ans, à la suite de mauvaises affaires. [*Père*, mort du choléra. — *Mère*, sujette jusqu'à la ménopause à des *attaques de nerfs*, qui ont laissé l'intelligence absolument intacte. — Une *sœur*, morte à Saint-Louis à la suite de l'ablation d'un bouton (?) de la face. — Une autre, bien portante, ainsi que ses enfants. Pas d'autres névropathes dans la famille.]

Mère, 54 ans, blanchisseuse depuis la mort de son mari, intelligente, calme, sujette à des lypothimies, à des crises de *névralgie faciale* du côté droit; encore, mais irrégulièrement réglée, a rendu une *môle*, il y a deux ans et demi; maladive depuis deux ans. [*Père*, 84 ans, sobre, encore très intelligent, bien portant.— *Mère*, morte *hémiplégique*. — Treize *frères et sœurs* : deux sont bien portants, les autres sont morts, l'un tué à la guerre, une autre des suites d'une chute, une autre des suites d'une couche, un autre poitrinaire, le reste on ne sait de quoi, mais pas de maladies nerveuses. Pas d'antécédents nerveux héréditaires dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Douze enfants : 1° une fille, morte à 9 mois de *convulsions*; 2° une fille morte du croup à 3 mois et demi (?); 3°, 4°, 5°, des garçons, morts en naissant à la suite de couches laborieuses; 6° un garçon, 28 ans, bien portant; 7° une fille, 25 ans, intelligente, ainsi que ses enfants; 8° un garçon, bien portant; 9° une fille, 19 ans, intelligente; 10° une fille, 17 ans; 11° une fille, 12 ans 1/2; 12° notre malade.

Notre malade. — Grossesse bonne, un peu accidentée par les

émotions du siège durant la guerre; accouchement à terme, laborieux, mais naturel; asphyxie noire à la naissance; allaitement maternel jusqu'à deux ans.

C'est le deuxième ou troisième jour après la naissance qu'ont apparu les *premières convulsions*, sur les caractères desquelles on ne peut pas renseigner. Ces convulsions se *reproduisirent quotidiennement* pendant quinze jours. Pourtant ce fut seulement à *quatre mois* qu'on s'aperçut de la paralysie de « *la main droite qui tombait et ne se maintenait pas comme l'autre.* » A un an, Paul devint propre; il ne commença à parler et à marcher qu'à deux ans. *Il a toujours traîné la jambe droite.* Jamais il n'a eu de tic, de cauchemars, de mauvais instincts, d'habitudes d'onanisme. Son caractère était très affectueux à part de rares colères. On a toujours été obligé de l'habiller, toutefois il sait manger proprement. On l'envoya à l'école où il n'apprit presque rien. Chez lui, il jouait et faisait des commissions. Sa santé habituelle était bonne, il a eu la rougeole à 3 ans.

Tel était son état, lorsque, à l'âge de sept ans, il fut pris, sans cause connue, d'*accès d'épilepsie.* Ceux-ci étaient très forts. On en comptait quelquefois deux par jour, puis on passait ensuite deux ou trois semaines sans en voir revenir. Il paraissait y avoir une *aura*, car Paul s'écriait quelques secondes avant : « Maman, j'ai mal ! » — Où? — « Partout. » C'est tout ce qu'on pouvait savoir. Aucun cri n'annonçait le début de l'accès, la rigidité aurait été générale, et on ne sait si les secousses prédominaient d'un côté. Pendant un certain temps, il écumait, avait du stertor consécutif, dormait après l'accès, mais ça aurait passé; pas de miction involontaire, pas de phénomènes psychiques ; pourtant quelquefois, en revenant à lui, il *pleurait ou riait aux éclats.* Le saisissement produit par la vue de son père pendu aurait diminué l'intensité des accès. On attribue la maladie aux émotions dans la grossesse.

Etat actuel. — *Tête* ronde; — *crâne* assez régulier, malgré un léger aplatissement de la région pariétale droite, et une saillie assez accentuée de la région pariétale gauche; la région occipitale est développée.

Diamètre antéro-postérieur.	16 c.	4
Diamètre bi-pariétal	13	5
Circonférence.	49	
Demi-circonférence droite.	24	5
Demi-circonférence gauche..	24	5

Face, arrondie, à peu près symétrique. — *Front* étroit, sailllant dans sa partie moyenne, déprimé latéralement ; bosse frontale gauche plus élevée que la droite, et séparée de l'arcade sourcilière par une dépression plus accentuée que du côté opposé. — *Orifices palpébraux* égaux ; iris bruns, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nez* droit, assez fort, dévié à droite. — Bouche moyenne ; lorsque Paul rit, la commissure labiale gauche est attirée en haut. — *Joue* droite légèrement tombante. *Maxillaires* réguliers. — *Voûte palatine* large, peu profonde, symétrique ; voile du palais bien conformé. — Aucune cicatrice sur la *langue*. — *Menton* carré. — *Oreilles* égales, grandes, écartées de la tête, mal ourlées ; lobules détachés.

Cou, bien conformé. — *Thorax*, élévation de l'épaule droite ; saillie du rebord des fausses côtes du côté droit. Légère incurvation de compensation à gauche de la portion lombaire du rachis. Le muscle trapèze du côté droit est dur, et paraît moins développé que celui du côté gauche. Les fosses sus-épineuse et sous-épineuse droites sont moins remplies que leurs congénères. Pas de différence entre les pectoraux.

Membres supérieurs. — Le membre droit est moins développé que le gauche, et l'*atrophie* déjà manifeste pour le bras, devient frappante à partir du coude. La *main* seule se trouve dans une *attitude vicieuse stable* : elle est fléchie à angle droit sur l'avant-bras; les doigts sont dans le prolongement de la main. Si nous disons à Rég... de mettre en mouvement successivement les divers segments de son membre droit, nous voyons que l'épaule est libre, qu'il peut fléchir et étendre l'avant-bras, bien qu'avec moins de force, mais qu'il lui est impossible d'étendre ni de fléchir la main, de remuer les doigts, de prendre ou de serrer un objet. Veut-on ramener *mécaniquement* la main dans l'extension, on y arrive, en procédant avec lenteur, et malgré une vive résistance de la part des fléchisseurs, et on constate par cela même, l'intégrité de l'articulation radio-carpienne. Dans ce mouvement on ne triomphe qu'en apparence de la contracture des fléchisseurs, car, pendant que la main s'étend, les doigts primitivement étendus se fléchissent. Il faut insister davantage, et provoquer même une légère douleur au malade pour amener la main entière dans la rectitude. Pas d'athétose. La peau du membre paralysé paraît plus rugueuse que du côté opposé; elle est rouge violacée à partir du coude; les tissus de la main sont comme boursoufflés. Aucune modification du système pileux.

Le bras paralysé paraît au toucher plus froid que son congénère.

	Droit.	Gauche.
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle. . . .	16 c. 5	20 c, 5
— à 8 c. au-dessus de l'olécrâne.	16	18
— de l'avant-bras à 8 c. au-dessous de l'olécrâne.	15	19
— du poignet	11,5	14
— du métacarpe.	16,5	19
Distance acromio-olécrânienne.	22	22,8
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	18	19
— de celle-ci à l'extrémité du médius.	13	14

Membres inférieurs. — Le membre droit est visiblement atrophié; *le pied seul est déformé*: il est en extension forcée, avec sub-luxation du scaphoïde sur la tête de l'astragale, dont on voit saillir sous la peau le bord supérieur. Il y a tendance au renversement de la région plantaire en dedans, et la pointe du pied est également dirigée en dedans; c'est en somme un premier degré de *pied bot varus équin*. Paul meut assez facilement sa cuisse et sa jambe, mais il produit en même temps des *mouvements associés* du bras droit. Quant au pied, l'extension ne peut être accrue; essaie-t-on au contraire de le relever, il n'obéit qu'au jambier antérieur et aux extenseurs propres du gros orteil, lesquels se bornent à augmenter l'adduction de la pointe et le renversement de la région plantaire. Les quatre derniers orteils sont presque totalement immobiles. Malgré le bon état apparent de l'article, on ne parvient pas à vaincre *mécaniquement* la rigidité des muscles de la région postérieure, et à ramener le pied dans la rectitude. Dans la *marche,* l'extension diminue un peu, le pied porte presque à plat et un peu sur son bord externe, mais il reste inerte, fauche un peu, et frotte le sol à chaque pas. Point de mouvements choréiformes; — pas de *phénomène du tendon*. Aucune modification de nutrition de la peau ni du système pileux.

Un thermomètre à surfaces, appliqué comparativement pendant dix minutes sur la face interne des cuisses, au niveau du sommet du triangle de Scarpa, a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1re expérience.	37°,2	37°,4
2e expérience.	37°,2	37°,2

C'est un des rares cas, observés par nous, dans lesquels la température n'ait pas été plus basse du côté paralysé.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine . . .	36 c.	37 c. 5
— à 8 c. au-dessus de la rotule	29	30.5
— de la jambe à 8 c. au-dessous de la rotule.	25	26.5
— au niveau des malléoles	17	17.5
— du métatarse	18.5	18.5
Distance de l'épine iliaque anté. et sup. à l'extrémité sup. du tibia.	34.5	35
— de celle-ci à la malléole externe	27	28
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian..	15.5	16

Organes génitaux. — Verge et gland normaux ; pas de phimosis ; testicules descendus, égaux, petits. Pas de trace de puberté ; pas d'onanisme.

Peau : cheveux châtains clairs, peu épais ; sourcils et cils de même nuance ; corps, aisselles, pénil, glabres ; quelques adénites cervicales ; *aucune cicatrice.* En juin 1882 : *Taille,* 1m,21 ; *Poids,* 23 kilog.

Digestion. — Appétit excellent, aucun trouble gastrique ; selles régulières ; rate et foie normaux. — *Respiration* : sonorité thoracique, respiration un peu rude, pas de toux. — *Circulation* : cœur régulier, aucun bruit morbide.

Sensibilité générale, conservée dans tous ses modes, paraît égale des deux côtés. — *Vue,* plus perçante à gauche (?). — *Ouïe,* plus fine à gauche (?). — *Odorat* et *goût,* normaux.

Intelligence. — Paul est assez éveillé et facile à interroger ; il comprend vite et exécute tout ce qu'on lui demande. Sa physionomie est gaie, son sourire assez malin. Il sait, outre son nom et son âge, le lieu et la date de sa naissance. Il connaît le jour, mais non le mois, ni l'année. Il a suivi régulièrement, depuis son entrée, l'école de la section, où il travaille bien ; il a appris successivement à lire couramment, à écrire, à faire les trois premières règles. Sa mémoire est bonne, il connaît les objets usuels et leurs usages, s'habille et fait sa toilette avec une remarquable célérité, mange proprement et est assez soigneux de ses vêtements. Les *sentiments affectifs* sont très déve-

---

(1) En février 1881 : *Taille,* 1m,17 ; *Poids,* 23 kilog.

loppés : il se réjouit de la visite de sa mère, et s'attriste au souvenir de son père ; il vit en très bons termes avec ses camarades, et joue avec eux sans jamais avoir de dispute.

1882. 22 *février*. Paul a été pris dans la journée d'un *mal de gorge* assez violent.

23 *février*. On constate une vive rougeur du voile du palais, des piliers, et sur l'amygdale droite une *fausse membrane épaisse* qui la recouvre complètement ; la douleur est assez intense à la déglutition ; les voies respiratoires sont libres, pas de toux ; état général assez bon. — *Traitement* : un vomitif avec ipéca 1 gr. ; un gargarisme avec 4 grammes de chlorate de potasse ; un julep avec 4 grammes d'extrait de quinquina et 50 grammes de rhum ; deux injections de 0 gr. 01 de *nitrate de pilocarpine* chacune ; quatre cautérisations avec la solution citrique et phéniquée, des inhalations d'acide phénique ; lait et bouillon. T. R. 38°,4. — *Soir :* T. R. 38°,4.

24 *février*. Nombreux fragments de *fausses membranes* dans les vomissements ; nuit assez bonne ; même aspect de l'amygdale droite ; nouvelles plaques sur les piliers postérieurs des deux côtés et sur la face postérieure de la luette ; adénite sous-maxillaire à droite, mais peu considérable ; voix normale, coryza intense, toux rare, rien dans la poitrine ; état général assez bon. T. R. 38°,8. Vomitif ; ajouter 60 grammes de vin de quinquina au traitement. — *Soir* : T. R. 39°.

25 *février*. Les *fausses membranes* persistent, mais sont moins larges et moins nombreuses ; pas d'exagération de l'adénite ; aucune complication dans les voies respiratoires ; sommeil excellent ; retour de l'appétit. Les *injections sous-cutanées de pilocarpine* provoquent une salivation abondante : on fera chaque injection de 15 gouttes au lieu de 10. Troisième vomitif demain matin. T. R. 38°,8. — *Soir :* T. R. 38°,6.

26 *février*. Pas de modification notable. T. R. 38°. — *Soir :* T. R. 38°,2.

27 *février*. L'état local et l'étal général sont assez satisfaisants, les fausses membranes sont ponctiformes ; mais on constate le début d'une *paralysie du voile du palais* : le lait revient par le nez et souille la lèvre supérieure. T. R. 38°,4. — *Soir :* T. R. 38°.

28 *février*. Même état. — T. R. 38°. Un vomitif demain. — *Soir* : T. R. 38°.

1er *mars*. Réduction des fausses membranes à une petite ligne verdâtre siégeant à la partie supérieure de l'amygdale droite,

diminution du gonflement sous-maxillaire ; aucune apparence de nouvelle complication ; même état de la paralysie. T. R. 38°. *Soir* : T. R. 38°.

2 *mars*. La rougeur et les fausses membranes ont totalement disparu ; cessation des injections de pilocarpine ; continuation des autres prescriptions. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°.

3 *mars*. T. R. 37°,8. — *Soir* : 37°,8.

4 *mars*. T. R. 37°,8. — La paralysie du voile du palais persiste seule : rejet des aliments liquides par le nez, voix nasonnée, difficulté de souffler une bougie et issue de l'air par le nez, altération de la prononciation des lettres :

A	est prononcé	*han*;
T	—	*ne*;
V	—	*oué*;
X	—	*iche*;
H	—	*hêche*;
K	—	*hâ*;
P	—	*mbé*;
Q	—	*hû*;
Y	—	*hinerec*.

Les labiales sont prononcées distinctement.

5 *mars*. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 37°,6.

6 *mars*. T. R. 37°,6. — *Soir* : T. R. 37°,6.

7 *mars*. L'enfant est guéri, sauf encore un peu de paralysie, et pourra retourner en classe.

Voici le relevé des accès consignés depuis l'entrée de Reg... à Bicêtre :

1881	Accès.	Vertiges.
Janvier	—	—
Février	24	
Mars.	57	
Avril.	39	2
Mai	24	
Juin	13	1
Juillet.	4	
A reporter .	161	3

1881	Accès.	Vertiges.
Report . . .	161	3
Août	8	
Septembre . .	19	9
Octobre. . . .	10	14
Novembre. . .	11	2
Décembre. . .	4	2
Total. . . .	213	30

Ce ne sont point encore là tous les points qui permettent de rapprocher notre forme d'hémiplégie, de l'hémiplégie vulgaire. On peut encore voir en effet survenir, comme après cette dernière, des symptômes choréiformes ou plutôt d'*hémichorée*. Naturellement, les mouvements involontaires se montrent du côté paralysé, mais ils ne sont pas d'habitude généralisés. Nous n'avons pas en effet beaucoup d'exemples de mouvements choréiformes ayant atteint tout le membre supérieur ou tout le membre inférieur ; cependant nous devons encore à l'obligeance de M. Bourneville de pouvoir présenter ici l'observation suivante, excessivement instructive à tous égards, vu le sujet qui nous occupe (1).

Observation VIII.

Sommaire. — *Père, excès de boisson, mort paralysé. — Mère légère et nerveuse.*

Premières convulsions sous forme d'état de mal à cinq ans, avec prédominance à gauche. — Parésie gauche consécutive. — Quatre autres états de mal à diverses époques. — Hémiplégie gauche consécutive. — Hémichorée. — Conservation de l'intelligence. — Plusieurs descriptions d'accès. — Rapport des accès et des règles.

Pet... (Marie), actuellement âgée de 22 ans, est entrée à la Salpêtrière (service de M. Charcot) le 17 décembre 1875.

Antécédents (*Renseignements fournis par sa belle-mère, qui l'a élevée depuis l'âge de quatre ans*). *Père*, sculpteur sur marbre, bon ouvrier, calme, faisait quelques excès de boisson (vin blanc); rhumatisant, mort « paralysé » à 65 ans. [*Père*, inconnu. — *Mère*, morte à 84 ans (?). — Deux *frères* et une *sœur*, bien portants. Pas de névropathes dans la famille.]

---

(1) C'est à des cas semblables que Heine a imposé le nom d'*hémiplégie spasmodique*.

Mère, 19 ans, modiste, de mœurs irrégulières, très vive, très impressionnable, sujette à des « *attaques de nerfs sinon simulées, tout au moins exagérées.* » Pas d'autres renseignements. — Pas de consanguinité.

Notre malade. Rien de particulier à la *conception ; grossesse* normale, *accouchement* naturel, à terme. Marie a été en nourrice jusqu'à 4 ans; on ignore si elle a eu des convulsions durant ce temps, mais un médecin aurait dit « *qu'elle avait quelque chose dans la tête*(?) ». C'était une enfant forte, grosse, intelligente ; elle a parlé et marché vers 2 ans, mais n'était pas encore très propre à 4 ans. Son caractère était assez difficile ; gâtée et exigeante, elle entrait dans de violentes *colères*, se roulait sans perte de connaissance, se tordait les mains, à la moindre contrariété.

A l'âge de cinq ans, un soir vers dix heures Pet... fut prise, sans cause connue, de *convulsions* qui durèrent sous forme *d'état de mal*, jusqu'à 2 heures du matin. Les secousses convulsives portèrent surtout sur le *bras et la jambe du côté gauche* ; la figure était grimaçante et la perte de connaissance absolue. La crise terminée, la malade s'endormit pour ne se réveiller qu'à 11 heures du matin, en se plaignant « d'un affreux mal de tête. » Remise au bout de trois ou quatre jours, elle put se lever et on constata l'existence d'une *paralysie incomplète du côté gauche.* Marie laissait tomber les objets qu'elle tenait de la main gauche, et, en marchant, traînait la jambe correspondante. Deux mois après, la parésie avait, dit-on, totalement disparu.

Au bout d'un an, *deuxième état de mal* qui dura de 7 heures du matin à 4 heures du soir. Il fut suivi durant une quinzaine de jours d'*incertitude dans les idées.* Lorsque la malade se leva, on nota de nouveau un *affaiblissement* de tout le côté gauche, mais non une paralysie proprement dite.

Six mois plus tard, *troisième état de mal* ; il débuta à 8 heures du soir pour ne cesser qu'à 3 heures du matin. Aussitôt après, Marie se trouva incapable de remuer *le bras ni la jambe gauches, de tenir quoi que ce soit de la main gauche, de maintenir soulevés son membre supérieur et son membre inférieur.* Durant les quinze jours qu'elle garda le lit, il lui arriva d'*uriner sous elle.* Quant elle se leva, on put constater que *le bras et la jambe étaient aussi malades l'un que l'autre.* Après des exercices de marche la jambe récupéra une partie de ses fonctions et ne resta « *qu'un peu faible,* » mais on négligea le bras. Ce ne fut qu'après 2 ou 3 mois que Marie recommença à se servir de son bras, et on s'aperçut

alors « *qu'elle gesticulait* » *aussitôt qu'elle voulait faire un mouvement. Au repos, aucun mouvement choréique.*

Trois mois s'écoulèrent, puis survint un *quatrième état de mal convulsif* de 3 heures, à la suite duquel survinrent des *accès* toutes les six semaines. Durant ces accès la malade « *se débattait toujours du côté gauche* », et après chacun d'eux la paralysie s'aggravait momentanément. Chaque accès était suivi d'un sommeil souvent prolongé, puis de céphalalgie et de douleur de ventre. — Malgré cela, l'enfant apprit facilement à lire et à écrire; quoique causant difficilement, elle faisait les commissions de sa mère; enfin on la mit en apprentissage comme coloriste, mais elle travaillait avec une excessive lenteur. Les règles apparurent à l'âge de 15 ans, se supprimèrent au bout de 2 mois, puis reparurent deux ans après, elles suivent normalement leur cours depuis lors.

A l'âge de 17 ans, les accès devenant plus fréquents et reparaissant toutes les trois semaines, on la fit entrer à l'hôpital Necker. A ce moment, les crises étaient *diurnes* et *nocturnes*. Pet... *ne prévenait en aucune façon*; elle tombait brusquement, en criant : oh ! oh ! oh ! en ouvrant la bouche qui *se déviait du côté gauche*; la tête *s'inclinait du même côté*; les secousses d'abord toniques, puis cloniques, *prédominaient également à gauche*. Les accès durant lesquels il y avait souvent des *mictions involontaires* et production d'*écume* non sanglante, se terminaient par du *stertor* suivi d'un sommeil assez long. Pas de délire consécutif, si ce n'est que, quelquefois, elle a eu « *l'air d'avoir peur* » ; d'autres fois elle « *aurait vu son petit frère.* » — Il n'y aurait jamais eu de *vertiges*. — L'intelligence n'a pas subi de déchéance notable, mais après chaque accès la mémoire est obnubilée durant quatre ou cinq jours. Marie a un caractère doux, très aimant, et n'a aucun mauvais instinct.

Etat actuel. Tête, assez régulière à la vue; la demi-circonférence droite mesure *un centimètre* de plus que la gauche. — *Face*, les rides du front, même au repos, sont plus accentuées à droite qu'à gauche; les plis palpébraux sont égaux, le sillon naso-labial droit est plus accusé que le gauche, surtout lorsque la malade parle ou rit; la commissure labiale droite est attirée en haut. La langue est libre et ne présente aucune déviation.

Membres supérieurs. Rien à droite. Le *bras gauche* pend le long du corps ; lorsqu'elle est debout, Pet... met sa main dans la po-

che; lorsqu'elle est assise, elle la fait reposer sur sa cuisse. Les articulations de l'épaule, du coude, du poignet sont libres, et on ne constate pas de contracture. La main est continuellement agitée, malgré les efforts de la malade ; les doigts se fléchissent ou s'étendent irrégulièrement, sans que la malade puisse dire si l'un remue plus que l'autre. Au repos, le reste du membre est tranquille. Dans l'action, au contraire, le bras est pris d'une agitation choréique d'autant plus accusée qu'on approche davantage du but. Si, par exemple, Marie porte l'index à son nez, d'abord les mouvements choréiformes sont légers, puis ils augmentent à mesure que le doigt se rapproche de la figure, enfin, le but atteint, les mouvements sont tels que l'index ne peut rester fixe et immobile sur le nez. Veut-on lui faire saisir un verre, la main se porte vers lui, puis saute brusquement à droite, à gauche, et enfin saisit *brutalement* le verre, pour se *crisper* sur lui avec violence. Les saccades sont telles que Pet... n'ose le porter à sa bouche, crainte de se blesser. La main est-elle fermée, on la voit instantanément s'ouvrir, et les doigts se mettre en mouvement. Est-elle ouverte, les doigts ne restent pas immobiles; ils se fléchissent, s'étendent, s'écartent, etc.; le poignet lui-même opère des mouvements d'extension et de pronation. Il résulte de cette *agitation choréiforme si marquée*, que presque tout travail est impossible; pourtant Marie s'habille seule, mais elle avoue que souvent elle fait craquer ses vêtements. Quelquefois elle s'occupe à faire de la charpie : elle maintient alors la compresse entre sa main gauche et sa poitrine, et l'effile de la main droite. Tout travail de la main gauche seule est impossible ; la force musculaire est affaiblie, la malade serre plus faiblement de la main gauche, et pendant ce temps, on sent une série de contractions isolées et successives. A certains jours, les mouvements involontaires sont plus marqués, et les émotions contribuent à les augmenter. La *sensibilité* paraît être moins développée que du côté droit, et les plaies des engelures y être bien moins douloureuses.

Peau et tissu cellulaire : cheveux blonds ; joues assez colorées ; cicatrice irrégulière au-dessous et en arrière de l'oreille.

Sensibilité générale : normale dans ses divers modes, excepté pour le bras gauche où elle est un peu moins exquise. — *Ouïe*, bonne des deux côtés. — *Vue* : normale — *Odorat*, un peu moins fin à gauche, de même que le *goût* : Pet... ne perçoit pas la saveur de la coloquinte sur la moitié gauche de la langue.

Parole, libre et facile. — *Mémoire*, bonne et remontant loin.— *Raisonnement* suffisant. — Enchaînement parfait des *idées*.

1876. 18 *mars*. Après une bonne nuit, début brusque d'une série. Trente-six accès en une heure et demie. T. R. après le vingtième, 40°,9. Les accès sont violents, avec contorsion de la bouche, mouvements des yeux, écume non sanglante, miction involontaire, cyanose considérable. Les crises se suspendent durant deux heures, puis on constate l'état suivant : Pet... est dans son lit, et jette la tête à gauche et à droite ; les paupières sont fermées et résistent si on veut les ouvrir ; les globes oculaires se meuvent irrégulièrement ; les pupilles sont dilatées ; la face est pâle, l'agitation assez forte. La malade se tortille dans son lit, remue à chaque instant le bras et la jambe du côté droit ; le *membre supérieur gauche est immobile et très rigide dans toutes ses articulations*. La température est égale des deux côtés : T. R. 38°,2. — P. 120. On s'est aperçu en la couchant que les *règles* venaient de paraître (1). — *Soir* : T. R. 38°,3. — P. 80. Dans l'après-midi, agitation ayant nécessité la camisole. Dans la soirée, la malade a commencé à ouvrir les yeux, et à se rendre un peu compte de ce qui se passait autour d'elle.

19 *mars*. T. R. 37°,9 : nuit bonne ; un peu de céphalalgie ; appétit normal, face un peu congestionnée ; parole facile. — *Soir* : T. R. 38°,2. — P. 68. Pupilles très dilatées mais égales ; pas de paralysie nouvelle. Les règles coulent peu.

20 *mars*. T. R. 38°,3. — P. 56. Sommeil assez mauvais, pas de céphalalgie ; *le bras est très agité* ; le plus léger mouvement s'accompagne d'une *agitation choréiforme bien plus marquée que d'ordinaire* et que la malade signale spontanément. Il en est de même *de la jambe*, qui, à la moindre tentative de flexion, est prise *d'agitation choréiforme* ; malgré des essais répétés, Marie ne peut fléchir la jambe, ni la maintenir fléchie, et affirme qu'il en a été ainsi chaque fois *qu'elle a été malade*. Son bras gauche est aussi

(1) La précédente époque avait été le 20 février ; les accès avaient alors suivi la marche suivante : 15 février, 1 vertige ; 16 fév., 3 accès et 5 vertiges ; du 17 fév. au 24 fév., rien ; le 25 fév., 1 accès ; le 26 fév., 2 accès ; du 27 fév. au 28 fév., rien.

Puis, à la période actuelle, on a noté : 3 mars, 1 accès et 1 vertige du 4 au 6 mars, rien ; le 7 mars, 1 vertige ; le 8 mars, rien ; le 9 mars 1 vertige ; le 10 mars, rien ; le 11 mars, 2 vertiges ; les 12 et 13 mars rien ; le 14 mars, 1 vertige ; du 15 au 17 mars, rien.

plus faible que d'habitude. On obtient avec le dynamomètre (Mathieu), 80 à droite et 40 *à gauche*. — *Soir* : T. R. 37°,5.

21 *mars*. Appétit et sommeil bons; peu de solidité sur la jambe gauche qui est pourtant moins agitée qu'hier. Force musculaire: 85 à droite et 75 à gauche. Elle sent que le bras gauche est plus fort qu'hier. T. R. 37°,7. — *Soir* : T. R. 37°,8.

22 *mars*. — *L'agitation diminue* dans les membres gauches Au dynamomètre : 80 à droite, 72 à gauche. — Les règles continuent.

17 *avril*. Apparition des règles qui cessent le 20 *avril*. Du 16 au 23 avril, pas d'accès.

19 *mai*. — Nouvelle période menstruelle. Le 16, on a noté 2 accès ; le 17, trois vertiges; du 18 au 22 mai, rien.

25 *juin*. Les règles sont en retard.

26 *juin*. Dès le matin, un grand accès suivi d'un plus faible. A 11 heures, nouvel accès ainsi caractérisé ou à peu près : Au début Marie répète plusieurs fois : pan, pan, pan ; dans la *période tétanique*, la tête est tournée vers la droite, les yeux déviés du même côté, les pupilles dilatées, les paupières immobiles, la face pâle. — Le bras gauche demi-fléchi est soulevé et rigide ; le droit repose sur le lit, et semble moins rigide que l'autre. Puis la rigidité restant la même, la tête et les yeux se portent un peu vers la gauche, tandis que la face devient vultueuse. Arrivent ensuite des *secousses cloniques, rapides, plus fortes à gauche*, avec battements rapides des paupières. On entend de petits bruits buccaux : ah ! ah. Il s'écoule de la bouche une écume abondante mais non sanglante; la respiration devient forte et fréquente et Marie s'endort. A ce moment la température rectale est de 39°,2, et le pouls donne 104 pulsations. Le sommeil est assez long. — *Soir* : T. R. 38°,5. Pas de nouveaux accès.

10 *juillet*. Les règles apparaissent enfin. Du 9 au 14 juillet, pas d'accès.

8 *août*. La malade a eu hier soir un accès à 9 heures, un autre à 11 h. 1/2; un 3e ce matin à 3 h. ; un 4e à 5 h. ; un 5e à 7 h. 1/2 ; un 6e à 10 h.; un 7e à 10 h. 3/4, à la suite duquel on a noté 38°,2 dans le rectum. Cette série aurait été précédée de six vertiges. — Nous venions de causer avec elle, lorsqu'elle a commencé à divaguer; elle remuait dans son lit, saisissait les barreaux ; sa figure était grognon, elle se plaignait de ne pas pouvoir dormir. Le tout a duré environ deux minutes, puis l'accès a éclaté. Pas de cri initial, face pâle, tête d'abord droite et raide, puis déviée

à droite ainsi que les yeux ; bras gauche rigide, soulevé du lit, les doigts écartés et allongés. Le bras droit s'élève ensuite, les jambes sont rigides dans l'extension ; puis la face et les yeux se dévient à gauche, le visage bleuit. Bientôt l'avant-bras gauche se fléchit à angle droit sur le bras, et la main sur le poignet; l'avant-bras droit se fléchit complètement, la main répondant à l'épaule. Viennent ensuite des mouvements de latéralité de la tête, des yeux, les pupilles étant dilatées. Les secousses convulsives cloniques sont égales et l'accès se termine par l'émission d'écume non sanglante et du ronflement. Marie revient à elle, regarde les personnes, mais se trompe sur leur identité; ses idées sont confuses, elle ne se rend pas compte de ce qu'on lui fait durant 4 ou 5 minutes et dit à la personne qui lui prend sa température : « Tu me fais mal, retire-moi ton affaire. » T. R. 38°,2.

Dans la journée *les règles* sont apparues. Nouvel accès à 3 heures.

15 *septembre*. On lui donne à partir d'aujourd'hui trois cuillerées d'élixir poly-bromuré de Yvon.

1877. 20 *juin*. Prend régulièrement son élixir.

8 *octobre*. Cessation de l'élixir.

8 *décembre*. Marie devient subitement pâle ; elle se laisse coucher par terre automatiquement. L'accès débute sans aucun cri. La face et les yeux se dévient à droite ; le bras et la jambe gauche se raidissent ; puis les membres du côté droit, mais moins. Ensuite la face se cyanose et se porte à gauche, il survient des secousses cloniques et de la trépidation à gauche, puis à droite mais d'une façon moins accentuée. Stertor avec écume. Au réveil la malade cherche avec la main droite, remue sa jupe, tourne son bras autour de sa ceinture. La *main gauche* est flasque et inerte, comme paralysée davantage. On fait lever Marie, qui est hébétée et incertaine ; il semble, durant quelques minutes, que les mouvements choréiformes sont moins prononcés (?).

1878. 1er *février*. Série de 19 accès qui précèdent et accompagnent l'apparition des règles. — T. R. 37°,9. — *Soir* : T. R. 38°.

2 *février*. Pas d'accès. T. R. 38°.

1880. Pet... est dans le même état; les mouvements *choréiques* n'ont pas changé ; — la *mémoire est bonne* ; pas de *changement intellectuel*. — Caractère un peu susceptible, mais pas plus qu'autrefois. Marie est laborieuse. Le *sommeil* est bon, elle s'endort

vite, se réveille rarement, et se rendort facilement. Pas de cauchemar. Les accès ne modifient pas le sommeil.

24 *octobre*. Les accès diminuent ; il n'y a plus de séries comme autrefois ; la malade n'est plus obligée de rester couchée après les accès.

	1876		1877		1878	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier	9	6	6	1	19	7
Février	9	8	5	3	3	10
Mars.	43	6	6	7	6	4
Avril.	15	9	4	4	6	5
Mai	9	5	2	6	14	2
Juin	8	12	5	8	15	3
Juillet	5	7	1	4	4	6
Août.	18	5	4	9	4	2
Septembre. . .	»	»	14	10	28	»
Octobre.. . . .	»	»	3	2	2	9
Novembre . . .	»	»	3	4	3	2
Décembre . . .	13	5	4	2	19	3
Totaux.. . .	129	63	56	60	122	53

D'ordinaire, les mouvements involontaires sont absolument cantonnés soit aux doigts ou à la main, ce qui est le plus fréquent, soit au pied, soit même à la face. Ils réalisent donc la symptomatologie de cette variété d'affection choréiforme, à laquelle M. W. Hammond a donné le nom d'*athétose* et qui « est caractérisée par l'impossibilité où se trouvent les malades de maintenir les doigts et les orteils dans la position qu'on leur imprime, et par leur mouvement continuel. » Cette définition donne une idée assez nette du symptôme auquel nous faisons allusion. M. Charcot l'a complétée (1) : « 1° il faudrait y ajouter, dit-il, que les mouvements des doigts se font lentement, et que ceux-ci ont une tendance à prendre des attitudes forcées ; — 2° de plus l'*athétose*

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 435.

ne reste pas toujours limitée aux muscles qui meuvent les doigts et les orteils; quelquefois, en effet, la main tout entière et le pied sont affectés; — 3° enfin quelques muscles de la face et du cou sont, en même temps que ceux des mains et des pieds, agités de mouvements choréiformes. Ce qui spécialise ces mouvements, aussi indépendants de la volonté que ceux des autres variétés de chorée, essentielle, post-hémiplégique, etc., c'est une *lenteur excessive*, et une *exagération singulière*, *anormale même*. M. P. Oulmont, dans son *Étude clinique sur l'athétose* les décrit ainsi: « Ils sont *lents*, c'est-à-dire que, sans secousse brusque, ils atteignent leur limite, en passant successivement, mais sans pouvoir s'y arrêter, par les positions intermédiaires. Ils sont *exagérés,* surtout aux orteils et aux doigts : ceux-ci vont jusqu'à la limite extrême de l'excursion articulaire, la dépassent même ordinairement, reproduisant ainsi, d'une façon instable et temporaire, les déformations les plus variées du rhumatisme noueux. Il semble, dans les cas les plus marqués, qu'il y ait là une sorte de violence; les doigts se crispent énergiquement comme pour saisir un objet imaginaire, les orteils se relèvent à angle droit, ou s'accrochent au sol. » Aussi, dans certains cas, a-t-on noté une remarquable laxité consécutive des jointures du poignet et des doigts. Dans nos observations nous avons pu apprécier la justesse de ces descriptions et c'est par une sorte de *reptation lente* que les doigts et les orteils opèrent leur perpétuel mouvement, qui ne s'exaspère même pas considérablement lorsque les malades y prêtent attention. S'ils désirent saisir un objet, ils y arrivent encore après quelques essais, mais ne tardent pas à le laisser tomber, vu l'incoordination de tous ces mouvements involontaires. Pour aucun de nos malades nous n'avons pu apprendre d'une façon certaine la date

du début de l'athétose. Mais nous trouvons dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* que chez Gr.... elle serait apparue 15 ou 20 jours après l'état de mal convulsif.

Bien que ce soit là une complication assez fréquente pour que nous ayons pu la noter plusieurs fois au cours de nos observations, il est pourtant utile de dire que c'est, nous paraît-il, dans les cas graves, avec hémiplégie complète, avec contracture considérable, avec rigidité articulaire consécutive et permanente, qu'on voit survenir l'athétose, laquelle vient mettre sur le malade comme une sorte d'estampille caractéristique et annonçant au médecin l'intensité du processus pathologique.

Tels sont les symptômes que présente, dans cette deuxième période, la sphère de la motilité. Il était indiqué de rechercher aussi les modifications qui pouvaient être apportées à la *sensibilité générale* et aux divers *sens spéciaux*. Nos recherches dans ce sens nous ont paru absolument concluantes, et n'ont fait que confirmer celles de M. Bourneville (1). Dans *aucun cas*, nous n'avons noté l'existence d'hémianesthésie, ni même seulement une réaction plus tardive, ou un retard dans la perception du contact, du chatouillement, du froid, du chaud, de la piqûre, de la pression. A l'esthésiomètre, sur des points homologues, nous avons noté des résultats aussi identiques que possible, vu la difficulté que nous éprouvions d'appliquer à certains de nos malades, ce moyen d'exploration. Chez d'autres même il était absolument impraticable. D'autre part, il paraîtrait qu'on aurait noté chez certains malades (2) dans les jointures des membres paralysés, des *douleurs*, véritables *arthral-*

---

(1) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II. Toutefois, avec M. Bourneville, nous croyons que l'*hémianesthésie* peut compliquer l'*hémiplégie*, et cela surtout dans le cas d'*hémichorée*.
(2) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 30.

gies « revenant par crises principalement au moment des variations brusques de température ». Il ne nous a pas été donné de constater ce fait sur les malades soumis à notre observation.

Les résultats ont été à peu près les mêmes pour les sens spéciaux. A part un ou deux malades (Observations IV et VII) qui ont prétendu *voir* moins bien de l'œil du côté paralysé, et *entendre* moins distinctement de l'oreille correspondante, peut-être, par une sorte d'idée de généralisation inconsciente ; tous les autres ont affirmé hautement l'intégrité de leurs sens, et nous n'avons pu, malgré des expériences aussi nombreuses que variées, douter de leur véracité. Mais nous ne devons pas oublier que là ne se borne pas l'action du système nerveux, et l'existence dans les conducteurs nerveux, outre les filets moteurs et sensitifs, de fibres ayant un rôle trophique incontestable, nous impose de rechercher aussi, chez chaque malade, quel est le fonctionnement de la *nutrition*, et quelles sont les modifications subies par elle dans le syndrôme qui nous occupe. Sous ce point de vue, nos malades ont souvent une physionomie spéciale, caractérisée par des *arrêts de développement*, de simples *perversions* de développement, ou par des *atrophies* plus ou moins considérables. Quelquefois, que ce soit une cause ou une conséquence, nous avons pu noter une différence de un centimètre et plus aux dépens de la moitié de la calotte crânienne correspondant à l'hémiphère cérébral intéressé (Obs. VI, XI). Dans certains cas cela est dû à l'aplatissement de l'une quelconque des régions ; dans d'autres, c'est l'ensemble de la demi-calotte, dont le rayon de courbure est plus court que celui du côté opposé. Souvent le côté de la face correspondant au côté paralysé présente des modifications appréciables : outre la paralysie faciale, déjà

signalée, et qui, au premier abord, peut, par la laxité consécutive des parties molles, faire croire à un développement exagéré, on remarque, si on étudie plus attentivement, que l'asymétrie est due à l'inégal développement des parties osseuses, à la moindre saillie, par exemple, de la bosse frontale, de l'arcade sourcilière, de la *région malaire* (Obs. V, XI). Nous avons aussi observé dans quelques circonstances des modifications de la conformation de la voûte palatine.

Col .., en effet (Obs. XII), présente au plus haut degré la *voûte palatine ogivale;* chez lui cette région est *très étroite, très profonde* et assez *allongée* pour causer un prognatisme des plus accentués. D'autres présentent la même malformation, quoique à un degré moindre (Obs. V), mais nous devons ajouter que, dans aucun cas, nous n'avons observé d'asymétrie appréciable de la voûte palatine, d'arrêt de développement *unilatéral* de son squelette.

Plusieurs fois on a noté que la clavicule du côté hémiplégié, mesurait un demi à un centimètre et demi de moins que celle du côté sain (1). Enfin il est de règle assez constante de constater un différence du même genre entre les divers segments du membre paralysé et les segments homologues du côté sain. Nous relevons, en effet, dans notre XII[e] observation, une différence de trois centimètres aux dépens de la distance acromio-olécrânienne du côté paralysé ; sur le même membre, la distance de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus mesure aussi deux centimètres de moins que du côté opposé ; de plus la main elle-même est moins longue de un centimètre et demi. Nous reportons-nous à nos obser-

(1) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, obs. I, II, III, V, VI.

vations : IV, VII, XI, nous trouvons à faire les mêmes remarques, non seulement pour le membre supérieur, mais encore pour le membre inférieur, ce qui n'est pas aussi fréquent, et est d'ordinaire peu accentué. Ce n'est pas seulement dans leur longueur que les os sont modifiés. Si on mesure par exemple la circonférence du genou, du coude, du cou-de-pied, on trouve toujours un chiffre moindre pour le côté lésé.

Mais ce sont-là des arrêts de développement au sujet desquels il faut être prévenu pour les constater, et qui demandent souvent à être recherchés avec soin. Il en est d'autres, plus constants encore, s'il est possible, et surtout qui s'imposent à l'observateur ; nous voulons parler des *atrophies* (1) *du système musculaire et des os.*

Celles-ci varient d'étendue et aussi d'intensité. Souvent elles dépassent les membres et atteignent le tronc. Combien de fois n'avons-nous pas vu les fosses sus et sous-épineuses moins remplies, les pectoraux moins robustes, l'articulation scapulo-humérale plus osseuse et recouverte par un deltoïde moins charnu du côté malade que du côté sain. On peut se rendre compte aussi, en se reportant aux mensurations comparatives des membres de tous nos malades, à quel degré les muscles ont subi des modifications. Ces chiffres ont une éloquence qui dépasse celle de toute description. Mais, avant de présenter une observation qui rende plus net le fait dont nous nous occupons, ajoutons encore quelques détails. Les diverses régions des membres subissent, il est vrai, une *atrophie musculaire* , mais, de même que pour la *paralysie* et la *contracture*, ce sont encore, pour le membre supérieur, les muscles de la flexion, et pour les

(1) Ou mieux de véritables arrêts de développement.

membres inférieurs les muscles de la région postérieure qui sont le plus vigoureusement intéressés. Souvent le biceps amaigri, en quelque sorte ratatiné, prend sous les téguments un aspect véritablement globuleux, l'avant-bras est en quelque sorte aplati, les espaces interosseux sont très décharnés, et représentent des sortes de gouttières juxtaposées. La région interne de la cuisse est flasque et tombante, aussi bien que la région postérieure. Enfin souvent l'aspect du mollet peut être rapproché de celui du bras : on dirait une hémisphère en quelque sorte accolée à la partie postérieure de la jambe dont le reste des muscles est excessivement atrophié. Disons enfin que, comme dans toutes les atrophies simples, dont l'atrophie musculaire progressive est le type, la *contractilité musculaire* est absolument *conservée*.

Observation IX.

Sommaire. — *Mère, impressionnable. — Oncle, congestion cérébrale et convulsions. — Sœur, morte des convulsions. — Premières crises convulsives, sous forme d'état de mal, limitées à gauche, à 4 mois*; *durée 7 semaines. — Hémiplégie et contracture consécutives. — Régression de l'intelligence. — Premier accès d'épilepsie quinze jours après.*

Bord... Henri-Augustin, âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 5 mars 1881.

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère et sa grand'mère paternelle). — *Père*, 35 ans, peintre en bâtiments, fait de très rares *excès de boisson*, a eu souvent des *coliques de plomb*, des arthralgies, mais jamais de paralysie ni d'accidents nerveux d'aucune nature; pas de syphilis. [*Père*, sobre, mort à 60 ans d'une affection du foie. — *Mère*, 63 ans, a eu des *migraines*, qui ont cessé à la ménopause, elle est actuellement bien portante.— Quatre *frères* morts, l'un d'affection de la colonne vertébrale; un

autre, phthisique; un autre, en quatre heures de « *congestion cérébrale avec convulsions* »; un autre, du croup. Un cinquième, 19 ans, bien portant, est né avec *une dent incisive inférieure*, et une seconde a poussé au bout de quinze jours. — Deux *sœurs*, intelligentes et bien portantes, dont l'une a des enfants en bonne santé. Aucun antécédent nerveux dans le reste de la famille.]

Mère, 34 ans, modiste, intelligente, nerveuse, impressionnable, sans attaque, se porte bien d'habitude. [*Père*, sobre, bien portant. — *Mère*, a succombé à un étranglement interne; pas de maladie antérieure. — Deux *frères*, n'ont rien de particulier. Pas de névropathes dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Six enfants, et la mère est enceinte de quatre mois : 1° notre malade; 2° un garçon, mort de bronchite à quatre mois ; 3° une fille, morte à dix mois de *convulsions*, qui ont duré une dizaine d'heures; 4° un garçon, mort de variole noire à 3 ans; 5° un garçon, 4 ans 1/2, intelligent et bien portant; 6° un garçon, mort à 2 ans de bronchite consécutive à une rougeole.

Notre malade. — Grossesse bonne; accouchement normal et à terme. Bord... a été élevé au biberon jusqu'à 14 mois; les quatre premières dents ont paru à 4 mois, et à 10 mois il commença à marcher. Il avait 14 mois lorsqu'un jour, il eut *peur d'un pétard* (1) qui éclatait auprès de lui, et, deux heures après, il fut pris de *convulsions. Elles auraient duré près de sept semaines sous forme d'état de mal, avec des rémissions assez courtes*; *ces convulsions portèrent exclusivement sur le côté gauche*. Durant toute cette période, l'enfant fut sans connaissance et maigrit considérablement. Quand il revint à lui, on remarqua *que le bras* « *était raide* », *le coude rigide, et la main si fermée que les médecins y insinuèrent un rouleau. Il ne pouvait plus marcher du tout, et son intelligence avait considérablement rétrogradé*; il avait totalement oublié les quelques mots qu'il prononçait avant, et il fallut *complètement recommencer son éducation.*

Il était relevé depuis quinze jours, lorsque débutèrent les crises actuelles : ses *yeux se tournaient, il bavait* dès le début de l'accès qui était *court, limité au côté gauche, et suivi d'un rapide retour à la connaissance.*

---

(1) Cette crainte des pétards existe encore, et a pu être récemment constatée à l'occasion des fêtes du 14 juillet.

A cinq ans, *le bras s'est un peu déraidi, et Bord... a recommencé à marcher en traînant la jambe; la parole* est également revenue vers la même époque.

Jusqu'à l'âge de 7 ans, les accès se montrèrent par périodes auxquelles succédaient d'autres périodes de calme; rarement on comptait plus de 2 accès par jour. De 7 à 8 ans, *cessation complète des accès,* qui reparurent ensuite. Du jour où le malade put se faire comprendre, on put constater chez lui une sorte d'*aura* : « Oh! n... de D...! disait-il, ça me prend », puis le bras gauche se retournait, était pris de quelques secousses, se mettait à trembler, ainsi que la jambe. L'enfant avait le temps de se garer, et ne *tombait pas*; il continuait à baver dès le début de l'accès, mais à la fin il n'avait pas d'écume; il ne se *mordait* pas la langue. Quelquefois, mictions involontaires. L'accès terminé, Bord... revenait de suite à lui sans période de coma, et sans manifestations psychiques. — Le plus long intervalle, entre les accès, qui sont *diurnes et nocturnes,* est de *deux mois.* On n'a pas noté d'*absences.* Cet enfant chez ses parents était, paraît-il, assez affectueux, mais il était très colère et pour un rien, il proférait de grossières injures. Jamais on n'a pu le garder dans aucune école, et jusqu'à la fin il pissait au lit. Pas de kleptomanie, il avait peur du feu, et lorsqu'on ne le laissait pas sortir, il menaçait de se jeter par la fenêtre; pas d'onanisme. Le sommeil était bon, calme, non interrompu par des cauchemars. Comme maladies il aurait eu de l'impétigo du cuir chevelu et une rougeole à 6 ans.

Etat actuel. — Tête assez régulière, crâne arrondi, pas de saillie exagérée des diverses régions.

Diamètre antéro-postérieur . . .	15 c. 1/2	Compas du Dr Budin.
— bi-pariétal.	12 c. 1/2	
Circonférence de la calotte . . .	47 c.	
Demi-circonférence droite. . . .	23 c. 1/2	
— gauche . . .	23 c. 1/2	

Face, ronde plutôt qu'allongée; le côté droit semble un peu aplati par rapport au côté gauche (paralysé); la commissure buccale droite est attirée légèrement *en haut,* et cette déviation est un peu exagérée par le *rire,* dans lequel les joues se creusent d'une légère fossette; les fentes palpébrales sont égales.

Front, peu développé, très déprimé latéralement en dos d'âne. *Iris* bleus, pupilles égales, pas de strabisme. — *Nez* fort, incurvé à droite. — *Bouche* moyenne; maxillaires réguliers et symétriques ; dentition assez complète; incisives supérieures tranchantes, larges, longues, creusées sur leur face antérieure de petites excavations noirâtres ; *voûte palatine* régulière, assez profonde et large ; voile du palais bien conformé. — *Oreilles*, 5 c. ourlées, lobules adhérents. — *Menton* rond.

Cou, les muscles de la partie gauche de la nuque sont un peu moins développés que ceux de droite. — *Thorax*, courbure de compensation à concavité gauche de la colonne vertébrale, consécutive à la malformation de la jambe gauche et à l'élévation de la crête iliaque du côté correspondant; incurvation concomitante du thorax à gauche. De ce même côté le muscle grand pectoral, les muscles sus et sous-épineux paraissent un peu atrophiés.

Membres supérieurs. Au premier aspect le membre gauche paraît *moins développé* dans ses divers segments, que celui du côté opposé. Son *attitude*, est variable : ordinairement le bras pend le long du corps, et le malade présente l'avant-bras, fléchi à angle droit, et horizontalement dirigé d'arrière en avant, rarement transversalement en avant de l'épigastre. La main, qui est rouge violacée, retombe inerte, formant avec l'avant-bras un angle de 145° environ, et non pas un angle droit. Les doigts sont parfois fléchis, le pouce en dedans ; parfois dans l'extension forcée. Bord... fait exécuter à son épaule gauche presque tous les *mouvements* qu'on lui demande ; il peut aussi exagérer la flexion de l'avant-bras sur le bras, mais il ne parvient pas à en opérer l'extension complète. Il parvient assez bien à étendre, à relever la main ; mais il ne peut la fléchir spontanément ; par contre il fléchit facilement les doigts, mais ne parvient pas à les étendre. Dans les *mouvements provoqués*, on ne parvient pas à compléter l'extension de l'avant-bras; on est arrêté par une sorte de corde musculaire soulevant la région antérieure du coude. Toutes les autres articulations jouent librement, sans aucune raideur, ni aucun craquement. Pas d'athétose; le membre paralysé est *plus froid* que son congénère.

	Droit.	Gauche.
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle. . . .	21 c.	18 c.
— à 6 cent. au-dessus de l'olécrâne. . .	18	16
— de l'avant-bras à 6 cent. au-dessous de l'olécrâne	18	16
— du poignet	13 1/2	12
— du métacarpe.	18	15 1/2
Distance acromio-olécrânienne	24	24
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde.	18 1/2	18
— de celle-ci à l'extrémité du médius.	14 1/2	13 1/2

Membres inférieurs. A première vue, le membre gauche est moins développé que l'opposé, surtout à la cuisse et au mollet. Il est dans l'*extension* de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe; le pied offre la déformation type du *pied bot varus équin;* sa face plantaire regarde en dedans, et il ne repose sur le sol que par la tête des deux derniers métatarsiens, les orteils correspondants et la partie antérieure de son bord externe. Il résulte de cette disposition un allongement réel du membre et une élévation notable de l'épine iliaque correspondante. Dans la *marche,* la hanche est mobile, le genou et le pied sont rigides, et le malade n'avance qu'en *fauchant* et en *boitant.* Pourtant Bord... peut, sur nos instances, fléchir incomplètement le genou ; mais il ne peut mouvoir son pied. Si on vient à son aide, on parvient à *provoquer* une flexion plus complète du genou ; le pied reste invinciblement immobile. Aucun craquement dans les articles ; pas de mouvements choréiformes. Le pied paralysé est violacé, et la *température* de tout le membre, *inférieure* à celle du côté opposé. Prise successivement sur la face interne des cuisses, au moyen d'un thermomètre à surfaces resté en place durant dix minutes, elle a été :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1re expérience. . .	36°,4	35°,6
2e expérience. . .	36°,4	35°,6

On constate aussi, à gauche, une exagération du *réflexe tendineux,* surtout par rapport au côté droit, où le réflexe est à peu près nul ; pas de mouvements fibrillaires.

	Droite.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine. .	37 c.	33 c.
— à 10 cent. au-dessus de la rotule. .	30 1/2	28
— à 10 cent. au-dessous de la rotule.	25	22 1/2
— au niveau des malléoles.	21	20
— du métatarse	19	21
Distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'extrémité du tibia	35 1/2	35 1/2
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian.	16 1/2	14

Organes génitaux, bien conformés : verge assez longue, quelques adhérences du prépuce à la base du gland; testicules assez gros.

Peau. Cheveux chatains, pas très épais; quelques cicatrices glabres sur les régions fronto-pariétale droite, occipito-pariétale gauche et occipitale; cils longs; aisselles, pénil, membres glabres. Sur les membres paralysés, la peau est rugueuse, sèche, comme en « chair de poule ». Pas d'adénite. — En juin 1882 : *Taille*, 1^{m},27; *Poids*, 24 kilogr. 20 (1).

Digestion : appétit régulier; selles régulières; rate et foie normaux. — *Respiration*: sonorité à la percussion; rien à l'auscultation. — *Circulation :* battements du cœur normaux.

Sensibilité générale, conservée dans ses divers modes et égale des deux côtés. — *Vue*, *goût*, *odorat*, conservés; *ouïe*, plus fine *à droite.*

Intelligence. — On a essayé d'envoyer Bord... à l'école; il ne sait rien du tout, et on commençait à lui apprendre l'A, B, C, et la formation des bâtons, lorsque, en raison de sa dissipation, il fallut l'envoyer à la petite école. Il connaît les choses usuelles, leur emploi; connaît son âge, le jour, le mois, l'origine, le début de sa maladie ; il sait s'habiller (en tant que le comporte sa paralysie), se débarbouiller, manger avec la cuiller et la fourchette; il est devenu propre.

Mais il n'a à la bouche que des expressions ordurières, et n'hésite pas à agoniser ses parents de toutes les injures que lui apprennent trop facilement ses camarades; il est turbulent, sournois et très violent.

15 *juillet.* Depuis quelque temps, on constaterait une amélioration notable. Le caractère serait un peu plus ouvert et plus

(1) En juin 1881 : *Taille*, 1 m. 27 ; *Poids*, 21 kilogr. 900.

souple. Bord... se livrerait moins souvent à sa violence et à ses mauvais propos.

Voici le tableau des accès relevés depuis l'entrée de Bord.. à Bicêtre :

	1881		1881	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.	—	—	8	»
Février.	—	—	1	»
Mars.	2	»	16	»
Avril.	5	»	2	»
Mai	4	»	17	»
Juin	3	»	9	»
Juillet.	1	1		
Août.	3	»		
Septembre.	1	»		
Octobre.	5	»		
Novembre	3	»		
Décembre.	4	»		
Totaux. . . .	31	1	53	»

Sont-ce bien là toutes les modifications de nutrition que l'on peut observer? On peut encore en rapprocher certains cas d'*Arthropathies* dans lesquels on trouve ces *craquements* articulaires signalés par M. Bourneville, mais qu'il ne nous a pas été donné d'observer chez nos malades. La peau ne subit pas sur les membres paralysés de modifications véritablement spéciales. Dans certains cas, nous avons cru la trouver moins souple, plus sèche, un peu rugueuse ou même légèrement squameuse. Parfois, le poignet et la main paralysés, ainsi que le pied, prennent, en permanence, un aspect livide et violacé. Malgré un examen attentif, nous n'avons rien trouvé de spécial dans l'évolution des *poils* sur les régions lésées et nous n'avons noté du côté du tissu cellulaire, aucune trace de ces *abcès multiples* et *répétés* (1), que M. Charcot

(1) A ce propos, le cas de Til..., épileptique-hémiplégique, publié dans l'*Iconographie de la Salpêtrière* (t. II, obs. VI, p. 55), mérite d'être signalé. Nous lisons, en effet : à 10 ans, *sept abcès* se sont

mettrait volontiers sur le compte de certains troubles trophiques chez les paralysés. A la simple application de la main, les membres lésés nous ont presque constamment paru avoir une *température* plus *basse* que leurs congénères dans des points homologues. Néanmoins, nous avons voulu contrôler ce fait au moyen d'instruments précis, tels que des thermomètres à surfaces laissés en place durant dix minutes au minimum, et nous avons noté constamment une différence de *un degré*, *un degré et demi*, et même *deux degrés*, *aux dépens du côté paralysé*. On pourra, afin de se rendre mieux compte de ces assertions, se reporter à la plupart de nos observations, où, en général, nous avons régulièrement relaté toutes ces recherches.

Pour ne rien omettre, nous avons encore remarqué dans un cas (observation non publiée) que l'*œil* du côté paralysé était plus petit que l'autre; dans un autre (Obs. VI) c'était l'*oreille*; dans un troisième (observation non publiée), le *testicule*.

Nous aurions désiré rendre plus complètes nos recherches sur ces diverses *lésions de nutrition*, en recherchant

---

développés sur *le pied et la jambe paralysés*. Des incisions ont été pratiquées : il n'est pas sorti de fragments d'os. Rien de pareil sur le reste du corps. Les accès ont persisté durant la suppuration. Ces abcès ont modifié le caractère de l'enfant, qui est devenue méchante, violente, difficile à conduire.

Nous lisons encore plus loin (p. 59), les réflexions suivantes : « Ces abcès, qui ont laissé des cicatrices n'offrant pas l'aspect de cicatrices consécutives à des nécroses, *résultent-ils d'un accident ? S'agit-il là d'une variété de troubles trophiques ?* Nous n'oserions nous prononcer d'une manière catégorique à ce sujet. » A propos d'une autre malade du même genre (Mull. ., p. 61), nous retrouvons encore l'énumération d'une série de cicatrices de même aspect, et n'occupant *absolument que les deux membres paralysés*, suivie de ce commentaire: « Comme il n'y a aucune cicatrice sur les membres non paralysés, que l'atrophie des membres paralysés est assez prononcée, nous pensons que l'hypothèse émise plus haut (des troubles trophiques), est parfaitement soutenable. »

l'influence que peut avoir sur elles, l'époque plus ou moins prématurée des premières convulsions. Malheureusement les faits, quoique déjà nombreux, ne le sont pas encore assez pour qu'il soit possible de formuler actuellement une opinion sérieuse. A côté de l'observation de R.... (1), hémiplégique de naissance(?), de celle de Reig... (Obs. VII), atteint des premières convulsions à trois jours, dans lesquels nous trouvons des arrêts de développement très accusés ; nous avons d'autre part, l'observation de Delet.... (2), dont le début de la maladie remonte à l'âge de 7 ans, et chez laquelle les diverses mensurations donnent également des écarts notables ; de même encore, dans notre XII[e] Observation, où la maladie a débuté à l'âge de 2 ans 1/2. Quelque disposé qu'on puisse être à croire que le développement sera d'autant plus troublé que la maladie aura été plus précoce, on doit encore ajourner son jugement et attendre un plus grand nombre de faits pour statuer.

Avant de passer à l'étude de la troisième période de la maladie, nous devons encore attirer l'attention sur l'*état intellectuel* de nos malades. Presque régulièrement après les convulsions, les parents notent une modification de l'intelligence, une déchéance variable suivant les cas. Souvent, nous l'avons dit, c'étaient des enfants donnant les plus belles espérances, paraissant précoces et intelligents ; surviennent les convulsions et l'on remarque au réveil de la crise, qu'ils ont désappris à parler, à lire, à écrire, que leur jugement, leur raisonnement sont devenus plus enfantins que par le passé, qu'ils saisissent moins facilement les explications, etc. Cet état peut n'être que transitoire, mais il est rare que

---

(1) *Iconographie de la Salpêtrière*, t. II, obs. I.
(2) *Loc. cit.*, obs. III.

l'intelligence récupère intégralement tout ce qu'elle a perdu, et les enfants de cette catégorie restent des « *arriérés*, » des « *minus habens*. » Dans d'autres cas, la tare est plus considérable, l'enfant est devenu et reste *imbécile*. Quelques-uns, même, sont *idiots*, dans toute l'acception du terme, se balançant sur leur chaise, bavant, suçant, vivant dans un gâtisme et une salacité complète.

Suivant la remarque de M. Bourneville, on retrouve pour les modifications de l'intelligence, en quelque sorte, la même gradation que pour les troubles de la motilité, et il ne serait pas impossible d'en faire une sorte de parallèle suivant l'intensité plus ou moins considérable de l'ictus primordial :

Troubles intellectuels.	*Phénomènes paralytiques.*
Idiotie complète.	Hémiplégie complète avec arrêt de développement.
Imbécillité.	Hémiplégie incomplète.
Enfant arriéré.	Parésie.

Si, dans beaucoup de cas, la diminution de l'intelligence et celle de la motilité marchent de pair, la concordance est loin de toujours exister. Inutile, d'ailleurs, d'ajouter que la déchéance intellectuelle est en proportion de l'intensité et de l'étendue des lésions.

Nous aurons à revenir probablement sur ce point plus tard à l'occasion de l'influence que peut avoir sur l'intelligence de nos malades, la forme d'épilepsie qui va nous occuper.

Telle est en détail la série des faits qu'on peut observer durant l'évolution de cette *seconde période*. Les choses peuvent en rester là pendant un temps plus ou

moins long, parfois même très long. C'est à ce point de vue que l'observation ci-après nous semble intéressante. Voici en effet un enfant de 13 ans 1/2, qui a été pris de *convulsions* telles que nous les avons décrites, à l'âge de un an et de *paralysie du côté gauche consécutive*. A son hémiplégie qui persiste se sont joints la *contracture*, *l'arrêt de développement*, etc. Depuis cette époque il a encore subi trois autres *états du mal*, à plusieurs années d'intervalle, mais jusqu'à présent, la maladie n'a pas franchi son deuxième stade, et Zim... n'a pas encore eu d'accès d'épilépsie.

Malgré cela, son cas est trop classique, et nous avons, actuellement, trop de preuves entraînant notre conviction, pour ne pas attendre, avec une triste certitude, l'apparition des accès.

Observation X.

Sommaire. — *Mère nerveuse. — Grand'tante morte d'excès alcooliques. — Un frère instable. — Un autre, mort de convulsions internes. — Une sœur morte de fièvre cérébrale. — Premières convulsions (un an) sous forme d'état de mal, limitées à gauche.—Durée : 1 heure. — Parésie du côté gauche consécutive. — Arrêt de l'intelligence. — Deuxième état de mal à 5 ans. — Troisième, à 7 ans.— Quatrième, à 11 ans. — Contracture. — Arrêt de développement. — Mouvements associés.—Pas d'épilepsie.—Clastomanie. —Pyromanie. — Imbécillité.*

Zim... Alfred, âgé de 13 ans 1/2, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 31 septembre 1881.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère du malade le 5 octobre 1881).—*Père*, 40 ans, manœuvre, intelligent, laborieux, sobre, calme, bien portant d'habitude. [*Père*, mort de vieillesse. — *Mère*, morte on ne sait de quoi. — Trois *frères* et une *sœur*, en

bonne santé et ayant tous des enfants bien portants. — Pas de névropathes dans la famille.]

Mère, enfant naturelle, 38 ans, brodeuse, intelligente, *nerveuse* et *colère*, jamais d'attaque. [*Père*, inconnu. — *Mère*, morte *hydropique* à 33 ans. — Ni *frère*, ni *sœur*. — Une *tante* aurait succombé à des *excès alcooliques*. — Pas d'autres antécédents héréditaires dans la famille.] Pas de consanguinité.

Onze enfants : 1° un *garçon*, 15 ans, *instable*, paresseux, a été embarqué comme mousse; 2° notre *malade*; 3° un *garçon*, mort à un an de *convulsions internes*; 4° un *garçon*, mort athrepsique à six semaines; 5° *fausse couche* de 4 mois à la suite de fatigue; 6° une *fille*, morte à 5 ans d'un commencement de «*fièvre cérébrale*», était « trop intelligente » ; 7° *fausse couche* à 6 mois et demi, à la suite d'un voyage ; 8° une *fille*, 5 ans, bien portante; 9° un *garçon*, intelligent, n'a marché qu'à 2 ans; 10° *fausse couche* consécutive à un coup; 11° une *fille*, 18 mois, bien portante. Actuellement 12e *grossesse* en cours.

Notre malade.—Grossesse bonne, accouchement à terme et naturel. Alfred a été nourri par sa mère jusqu'à un an. C'est à cette époque que sont survenues les *premières convulsions*, qui ont duré environ une heure, sous forme d'*état de mal*. Elles portèrent *exclusivement sur le côté gauche*, qui depuis aurait été *plus ou moins paralysé*. A la suite, son *intelligence ne se développa qu'imparfaitement*; ce ne fut qu'à trois ans qu'il commença à prononcer quelques mots; à cinq ans seulement il commença à marcher, ce fut aussi à cet âge que survint la *seconde crise convulsive*, laquelle fut mal observée et ne dura qu'un quart d'heure. A 7 ans, *troisième série de convulsions*, qui durèrent une demi-heure; Zim.., devint propre pour les selles à huit ans, mais il a continué à uriner au lit. Enfin, à 11 ans, il eut, à l'asile de Vaucluse, un *quatrième état de mal* sur lequel on n'est pas renseigné. Depuis, il n'en aurait plus eu.

Chez ses parents, Alfred n'a pas été très poussé, il ne faisait rien à la maison ; il ne savait ni s'habiller, ni se laver, mais pouvait boire seul et manger avec une cuiller; son caractère était assez mauvais, il battait ses frères et sœurs, aimait à « *détruire* » et il a « mis le feu dans les coins une quinzaine de fois » ; il faisait « des trous partout ». Une fois il s'est sauvé et a été conduit à la préfecture. Il n'a fait aucune maladie.

Etat actuel. — *Tête*, assez petite. — *Crâne*, irrégulier; aplatissement considérable de la région occipitale, qui est presque sur le

même plan que la région cervicale postérieure et qui, en haut, s'unit à angle droit, pour ainsi dire, avec les deux pariétaux au niveau du vertex. — Saillie exagérée de la bosse pariétale gauche et de la région temporale droite.

Diamètre antéro-postérieur.	15 c.	4
Diamètre bi-pariétal.	14	
Circonférence	48	5
Demi-circonférence droite.	24	
— gauche..	24	5

Face allongée et complétant l'aspect de « tête en pain de sucre ». — *Front* bas, assez arrondi; égal développement des bosses frontales; effacement des arcades sourcilières. — *Orifices palpébraux*, égaux; iris, gris-bleus; pas de strabisme; pupilles égales. — *Bouche*, très large; lèvre inférieure épaisse, pendante à gauche; *commissure droite*, manifestement tirée en haut lorsque Alfred rit. — *Joue* droite, un peu aplatie; *joue gauche plus flasque, tombante*. — *Menton* carré, *un peu relevé du côté droit*. — *Maxillaires* réguliers. — *Voûte palatine*, un peu large, moyennement profonde, symétrique; voile du palais, normal; luette, à l'état de bourrelet large et peu long; légère encoche au pilier antérieur gauche; amygdales très petites. — *Oreilles*, égales, peu écartées, bien ourlées, lobules semi-adhérents.

Cou et rachis, bien conformés. Le mamelon gauche est plus rapproché de la ligne médiane antérieure, d'environ un demi-centimètre, et un peu plus élevé que le droit. A ce niveau, *la demi-circonférence gauche du thorax mesure environ huit millimètres de moins que la demi-circonférence droite*. Du même côté gauche, les muscles *trapèze*, *sus-épineux*, *sous-épineux*, *pectoraux*, sont moins développés et ne font pas les mêmes reliefs que leurs congénères.

Membres supérieurs. — Le membre droit est visiblement atrophié, l'épaule est plus osseuse, le coude moins volumineux, comparativement, les divers segments plus grêles que du côté opposé. La main seule présente une attitude vicieuse, elle retombe fléchie à angle droit sur l'avant-bras, les doigts dans l'extension, le pouce présentant une concavité dorsale. Les mouvements de l'épaule et du coude sont libres, mais le système musculaire est visiblement affaibli. Ordonne-t-on au malade de *relever sa main*, *de l'étendre*, il y arrive, mais avec peine et lenteur et en mettant les doigts en extension forcée. Il ne peut pas l'éle-

ver au-dessus du prolongement de l'avant-bras, et arrivé à ce niveau la main se trouve en outre fortement déviée vers le bord cubital de l'avant-bras. Les muscles fléchisseurs et cubitaux sont *contracturés*. Zim... peut, sa main étant dans la rectitude, étendre, remuer, fléchir les doigts, mais les mouvements sont lents et mal déliés. — Pas de mouvements choréiformes ; aucun trouble de nutrition de la peau, ni du système pileux. Aucune trace d'abcès. Le tiers inférieur de l'avant-bras et la main sont *violacés*. Au palper, la température est plus basse du côté paralysé. — *Force musculaire :* à droite, 2 kil. 2 ; à gauche, 10 kil.

	Droit.	*Gauche.*
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle.. . .	20 c.	18 c.
— du bras à 8 c. au-dessus de l'olécrâne.	17.2	16
— de l'avant-bras à 8 c. au-dessous de de l'olécrâne	18	15
— du poignet	12 5	11.5
— du métacarpe	17.5	15.5
Distance acromio-olécrânienne.	26.8	26
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus.	20.2	19
— de cette apophyse à l'extrémité du médius	13.8	12.5

Membres inférieurs. — La simple inspection ne révèle pas d'arrêt de développement bien notable ; il n'y a pas non plus d'attitude vicieuse bien nette. Le pied est peut-être un peu ramassé sur lui-même, et la voûte plantaire un peu plus profonde que celle du côté opposé. Les mouvements de la hanche et du genou sont libres. La flexion et l'extension de celui-ci provoquent des *mouvements associés* constants de l'articulation du coude. Le système musculaire est affaibli, et ce n'est qu'avec effort et lentement que Zim... soulève son membre gauche au-dessus du lit. Les mouvements du pied sont très limités, laborieux, accompagnés de *mouvements associés* du poignet. Les orteils ne sont mus qu'en bloc. Dans la marche, le membre gauche est *plus faible*, fléchit sous le poids du corps ; le pied se porte en dedans, il ne se relève pas, dans la progression, du talon à la pointe comme normalement, mais se porte à plat, en *fauchant*, d'arrière en avant. Il tend aussi à reposer sur le sol par son bord externe. Pas de mouvements choréiformes. Le phénomène du tendon est plus rapide et plus accentué à gauche qu'à droite. Pas de troubles de nutrition de la peau, ni du tissu

cellulaire, ni du système pileux. Le thermomètre à surfaces appliqué pendant dix minutes sur la région antéro-interne des cuisses, a donné : *à droite*, 36°,6 ; *à gauche, côté paralysé*, 35°,9. A quelques jours d'intervalle, dans une autre série d'expériences, nous avons obtenu les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1re expérience.	36.4	36.4
2e expérience.	36.4	35.4

	Droit.	*Gauche.*
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine. . .	38 c.	37 c.
— à 8 c. au-dessus de la rotule. . . .	31.5	28
— de la jambe à 8 c. au-dessous de la rotule.	25	23.5
— au niveau des malléoles.	17.5	17.5
— du métatarse.	18	18
Distance de l'épine iliaque anté. et sup. à l'extrémité sup. du tibia.	39.5	38.5
— de celle-ci à la malléole ext.	30.5	29.5
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian	17	16

Organes génitaux : verge bien conformée, pas de phimosis ; testicules égaux, petits, descendus ; pas d'onanisme. L'*incontinence nocturne d'urine* persiste (6 fois en juin).

Peau, tissu cellulaire, etc. : cheveux châtains clairs, rares ; sourcils blonds clair-semés ; cils noirs. Corps, aisselles, pénil, membres glabres. Pas d'adénite. Cicatrice de 2 cent. sur 8 millim., consécutive à une chute dans un accès, sur la région temporo-pariétale gauche ; une autre au-dessus de la bosse frontale gauche ; une autre, due à une brûlure, sur le métacarpe gauche. Le 30 juin 1882 : *Taille*, 1 m. 33 ; *Poids*, 27 kilogr. 100 (1).

Sensibilité générale : paraît conservée dans ses divers modes et égale des deux côtés. — Les *sens spéciaux* ne présentent rien de particulier.

Digestion : l'appétit est bon, les fonctions régulières, le foie et la rate sont normaux. — *Respiration :* sonorité thoracique, pas de râles à l'auscultation. — *Circulation :* cœur régulier, aucun bruit morbide.

---

(1) En septembre 1881 : *Taille*, 1 m. 31 ; *Poids*. 25 kilogr. 600.

Intelligence. — Ztm... répond fort incomplètement aux questions et ne prononce pas très bien les mots ; sa physionomie a une expression niaise, mais souriante ; d'habitude, la bouche est entr'ouverte. Ce malade sait son âge et son nom, connaît assez bien les objets usuels d'habillement, d'ameublement, de papeterie, les aliments, les fruits, les animaux, les couleurs, etc. ; mais il ignore le jour, la date, la cause de sa présence à Bicêtre, le début de sa maladie. Alfred parvient à se faire comprendre en partie, et paraît aussi comprendre ce qu'on lui dit; pourtant, toute conversation avec lui est impossible. Il mange proprement avec une cuiller et une fourchette, se lave, s'habille, parvient à se boutonner, cire ses souliers, etc. Il ne gâte pas. — *Caractère* assez difficile; il a souvent des *querelles* avec ses petits compagnons.

§ III. — De l'Épilepsie.

Nous arrivons maintenant au dernier acte du processus symptomatique dont nous avons entrepris la description. Le moment auquel apparaît l'épilepsie est très variable, et ne saurait être précisé. Dans certains cas, les accès suivent de si près les premières *convulsions*, que celles-ci sembleraient volontiers n'avoir été qu'une première série d'accès épileptiques : au bout de quatre, cinq, dix, vingt jours, on voit en effet se reproduire des crises, qui, à la vérité, n'ont pas la brusquerie de début, ni l'aspect général de la première, et qui ne trompent même pas une mère expérimentée (Obs. IV, V, VI, IX). Dans d'autres cas, les choses se passent différemment, et ce n'est que lorsque le malade est depuis longtemps porteur de son hémiplégie, lorsqu'il a atteint l'âge de sept, huit, douze ans que, sans cause connue, survient l'épilepsie (Obs. III, VII, XI).

Quoi qu'il en soit, un certain nombre de *caractères particuliers* spécialisent ces nouvelles crises convulsives, et demandent à être mis en relief. De plus, à mesure qu'elles s'éloignent du moment de leur apparition, elles changent d'aspect, si bien que, pour être dans l'exacte vérité, il faudrait rapprocher de la description de notre épilepsie, alors qu'elle est *jeune encore*, celle des modifications qu'elle subit de par le seul fait de sa longue durée.

Outre les prodromes éloignés, qui n'offrent ici rien de spécial, la totalité des malades observés, et de nos malades en particulier, présentent des phénomènes d'*aura* incontestables. Dans quelques cas il est difficile d'en apprécier le siège et la nature, quoiqu'il soit impossible d'en nier l'existence; c'est surtout lorsqu'il s'agit d'enfants encore jeunes ou peu développés : « Maman, s'écrient-ils, je vais être malade » ; ou bien, « Ça me prend » ; ou encore, « bobo, bobo ». — Où ça ? — « Partout. (Obs. IV, V, VII, IX, XI).

Malgré le vague de ces renseignements, il en ressort un fait : le malade sent venir son accès, il prévient, il peut, s'il lui est resté suffisamment d'intelligence, se garer d'une chute brutale, *épileptique*, si l'on peut s'exprimer ainsi.

Avons-nous affaire à des sujets plus âgés, les données prennent un peu plus du corps, et nous apprenons que les *auras* sont très variables suivant les individus; Bl... (Obs. V) ressent, trois ou quatre minutes avant son accès, un *fourmillement* avec *engourdissement dans la main paralysée*. Cette sensation monte le long du membre, et fait place à une *raideur* qui atteint les régions supérieures, et l'accès éclate. Parfois la jambe paralysée serait le siège des mêmes phénomènes, mais ceci est plus rare, et d'ailleurs nous n'avons que très rarement noté des auras partant du membre inférieur. Hug... dit qu'il éprouve *quelque chose* dans la tête, du côté droit, au niveau de la bosse frontale, mais il est impossible de lui faire définir cette sensation. Chez quelques-uns, on a noté *des secousses* dans les membres paralysés (1), des *douleurs* de l'épaule seule (2), de toutes les jointures, de tout le

---

(1) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, obs. I,
(2) *Loc. cit.*, obs. IV.

membre ; une *impulsion* en avant (1) ; des *palpitations* ; une *douleur épigastrique :* un de nos malades, Dart... (Obs. XI) évite avec soin, à ce moment-là, qu'on lui touche le *creux épigastrique.* Un dernier, Leché.... prévenait en disant qu'il avait « *mal dans le ventre* ».

Vu le développement restreint de l'intelligence de tous ces malades, vu la difficulté qu'ils éprouvent à exprimer leurs pensées et leurs sensations, il est excessivement difficile de préciser davantage, surtout si on évite de leur venir en aide et de prononcer des expressions qu'ils se hâteraient peut-être d'adopter. Ce qui demeure établi, c'est l'existence, presque constante, de *sensations variables comme nature, comme siège, comme point de départ, précédant suffisamment le début de l'accès pour que le malade puisse prendre ses précautions.* Une autre preuve de cet avertissement se trouve dans la *grande rareté des chutes.* A l'encontre des épileptiques vulgaires, nos malades ont le temps de s'asseoir, de se coucher, d'appeler à l'aide ; aussi, à part quelques exceptions, ne rencontre-t-on pas chez eux ces myriades de cicatrices dont sont labourés leurs malheureux compagnons. Nous avons fait une restriction, car il en est *qui tombent* : souvent alors c'est d'une façon particulière, et ceci peut devenir une complication assez embarrassante. Dans la majeure partie de ces cas la chute se fait invariablement *du côté paralysé* (Obs. IV, XII), et nous avons pu voir Col.... porter pendant très longtemps sur l'espèce de moignon constitué par son poignet droit, une large plaie qui, à peine cicatrisée, se trouvait reproduite par une nouvelle chute. Dans ce cas et dans d'autres pareils, il est facile de vérifier, que c'est sur les *membres para-*

---

(1) *Loc. cit.*, obs. I, p. 8.

lysés et sur le côté correspondant du tronc et de la tête que se rencontrent presque toutes les cicatrices (1).

L'accès débute d'ordinaire silencieusement, sans s'annoncer par le *cri initial* classique de l'épilepsie commune. Les Observations III, IV, V, VII, XII, au courant desquelles nous avons recherché avec soin ce fait, viennent corroborer d'une façon complète ce que M. Bourneville avait déjà noté chez des malades semblables de la Salpêtrière (2). Quant à la crise convulsive elle-même, elle peut revêtir des aspects assez divers, bien que reliés entre eux par une étroite parenté : 1° parfois la rigidité, et les secousses tétaniques de la période *dite tonique*, sont limitées aux deux membres paralysés ainsi qu'au côté de la face correspondante. Il n'est pas insolite de voir la crise se borner à cette seule période, et n'être suivie ni de mouvements cloniques, ni de stertor, etc. D'habitude il n'y a pas de perte de connaissance. 2° Dans d'autres cas, on voit succéder à la *période tonique* mentionnée ci-dessus, une véritable *période clonique* : on voit alors survenir dans les régions préalablement tétanisées de grandes secousses, des convulsions cloniques. Malgré cela, il n'est encore pas impossible de voir le malade conserver *toute sa connaissance*, ou, tout au moins, n'être que fort légèrement obnubilé, et cela pendant un fort court instant. Cette description est surtout vraie, lorsque les accès sont rares, isolés, et de faible intensité, comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire.

(1) M. Bourneville fait relever avec soin, dans ses observations, le sens des chutes, les cicatrices en résultant, afin de pouvoir établir, s'il y a lieu, au moyen de ces renseignements complémentaires, une distinction entre les diverses formes d'épilepsie, et de pouvoir constater plus tard si, à des modes de chutes semblables, ne correspondraient pas des lésions encéphaliques de même siège et de même nature.

(2) *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. II, p. 50.

3° Mais il est certainement plus fréquent de voir l'accès se généraliser, et il est bon d'observer alors de très près son évolution pour ne pas laisser échapper ses caractères les plus importants : La *rigidité*, en effet, envahit tout le corps, mais elle est *plus précoce et plus considérable du côté paralysé*, si bien que souvent on note soit une inclinaison de la tête d'un côté, soit un incurvation du tronc en rapport avec cette prédominance. Puis vient la *phase clonique* dans laquelle les secousses apparaissent plus tôt, sont plus fortes, et durent plus longtemps dans le côté paralysé. On peut dire aussi que, dans ces cas-là, la perte de connaissance est constante et complète.

4° Plus rarement, on est dans l'impossibilité de constater la moindre prédominance, et à n'envisager que les deux phases qui nous occupent, l'accès ressemble en tous points à un accès d'épilepsie vulgaire.

Quelques petits faits donnent encore un cachet spécial à ces crises épileptiques. Il semble être presque de règle de ne pas constater d'*écume*, ni de *bave sanglante* ; les malades ne se mordent pas la langue, et chez aucun d'eux nous n'avons trouvé ces cicatrices indélébiles et accusatrices des *morsures*, soit de la langue, soit de la face interne des joues. Enfin, rien n'est plus rare que de constater des *évacuations involontaires*.

La fin des accès nous offre encore à faire quelques remarques intéressantes : ceux-ci se terminent, en effet, avec une *brusquerie* qui étonne parfois. C'est ainsi qu'on ne constate pas de *stertor*, ou, dans quelques exceptions, un stertor si court, qu'il n'y a pas lieu d'en faire une période. De même, à l'encontre des épileptiques vulgaires, nos malades reprennent de suite connaissance et ne restent pas durant un temps variable dans un *coma*, suivi d'une longue somnolence ; à peine les secousses arrêtées, ils ouvrent les yeux, se reconnaissent, se

lèvent et reprennent leurs jeux ou leurs travaux, comme si de rien n'était. Il y a plus encore, dans aucun des cas recueillis à la Salpêtrière et à Bicêtre, et que nous avons étudiés avec M. Bourneville, on n'a vu de *manifestations délirantes*, d'*impulsions*, ni *isolées*, ni *consécutives* à des accès.

Telle est la série de faits qui permettent de classer à part l'épilepsie hémiplégique infantile. Trouve-t-on à côté de cela des *vertiges*, des *étourdissements*, des *absences ?* Non, en règle générale, et ce n'est pas là un des points les moins curieux de cette maladie. Les cas où nous avons pu noter des vertiges, étaient aussi ceux dans lesquels les accès ressemblaient le plus à des crises d'épilepsie vulgaire ; ces vertiges ne présentaient rien de particulier.

Mais, au bout d'un certain nombre d'années, les symptômes dont nous venons de parler s'abâtardissent, les crises perdent leur originalité, l'aura se supprime, l'accès débute brutalement par un cri, la perte de connaissance est constante, la rigidité et les convulsions deviennent générales et égales des deux côtés ; on peut même voir survenir du stertor, du coma ; noter de l'écume, des morsures; des évacuations involontaires, et n'étaient les commémoratifs, on serait, dans quelques cas, fort embarrassé pour différencier ces malades des épileptiques ordinaires.

Au début, les accès sont surtout diurnes ; plus tard, ils deviennent à la fois, diurnes et nocturnes. Ils sont quelquefois *isolés* et s'accompagnent, comme dans l'épilepsie commune, d'une élévation de température de quelques dizièmes de degré. Plus souvent ils sont *sériels*, et dans ce cas, ils peuvent même devenir assez rapprochés pour constituer un *État de mal* spécial en ce sens, 1° que la température ne s'élève pas rapidement comme

d'ordinaire, et dépasse rarement 38°,5 ; 2° que les malades ne sont pas plongés dans un coma profond, mais sont seulement *obnubilés*, *hébétés*.

La *marche* de cette épilepsie demande une mention particulière, car, dans tous les cas, elle offre une régularité assez surprenante. A partir du début des crises, pendant quelques années, dix, quinze ans, par exemple, les accès se reproduisent par *séries* fréquentes, et, lorsqu'ils sont notés avec soin, ils donnent à la fin de chaque année des totaux assez importants, comme on pourra le voir d'après nos observations.

C'est là ce que M. Bourneville a coutume d'appeler la *période grave* de l'épilepsie. Quelques-uns de nos malades sont encore dans cette première période *grave* (Obs. XI); d'autres n'ont pu résister et ont succombé avant la terminaison (Obs. XV) ; d'autres, plus heureux, sont arrivés à la limite extrême de cette période, et commencent déjà à jouir des bénéfices d'une phase meilleure (Obs. XII). En effet, il est de règle, lorsque les malades ont atteint une trentaine d'années, de voir les accès s'éloigner de plus en plus, pour se supprimer tout à fait vers l'âge de quarante à cinquante ans.

Aucun de nos malades de Bicêtre, il est vrai, n'est encore arrivé à cette heureuse phase de guérison. Tous sont encore trop jeunes, et n'ont pas encore dépassé la période de *raréfaction* des accès. Mais nous avons, à l'appui de l'espoir que nous leur donnons, des faits incontestables observés depuis 1864 à la Salpêtrière par M. Bourneville. Les malades dont il s'agit ont si bien vu se supprimer leurs accès que, depuis longtemps, elles ont pu être transférées de la section des épileptiques dans une des divisions de vieillards de l'hospice, et que là, où elles n'ont pas échappé à l'observation médicale, jamais on ne les a vues reprises d'accidents épileptiques.

L'observation suivante trouve ici naturellement sa place. Cet enfant a eu des *convulsions localisées du côté gauche*, sous forme d'*état de mal*, à 15 mois. A la suite, on a noté l'*hémiplégie* et toutes ses conséquences. Enfin, à l'âge de 7 ans, sont survenus des *accès d'épilepsie*. Ils ont dû être très nombreux, si l'on en juge d'après le relevé des accès depuis l'entrée du malade à Bicêtre. Nous indiquons cette observation comme exemple d'un malade étant encore dans cette phase de l'épilepsie dite *période grave*.

Observation XI.

Sommaire. — *Grand-père paternel, ramollissement cérébral. — Mère, strabique. — Grand-père maternel, excès de boisson. — Un frère aurait eu un accès d'épilepsie. — Un autre des convulsions. — Premières convulsions à 15 mois. — Hémiplégie consécutive. — Vertiges à 2 ans et demi. — Premier accès d'épilepsie à 7 ans.*

Dart.... (Pierre), âgé de 12 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville) le 1er avril 1881.

Antécédents (Renseignements fournis par la mère de l'enfant). — *Père*, fumiste, peu impressionnable, colère, sobre, mort phthisique à 50 ans ; pas de syphilis. [*Père*, sobre, mort à 78 ans de *ramollissement cérébral*. — *Mère*, pas nerveuse, morte à 78 ans (?). Un *frère*, sujet à des ophthalmies. — Une *sœur* bien portante, pas de névropathes, ni de difformes, etc., dans la famille.]

Mère, 41 ans, couturière, assez impressionnable, pas d'attaques de nerfs, habituellement bien portante, vient d'avoir un eczéma presque généralisé ; léger *strabisme*. — [*Père*, calme, faisait des *excès de boisson*, mort à 69 ans d'une affection chronique des poumons. — *Mère* non nerveuse, bien portante. — Un *frère* et une *sœur* en bonne santé. — Pas de manifestations nerveuses héréditaires dans la famille.] — Pas de consanguinité.

Sept enfants : 1° une fille morte à 4 mois (?) ; 2° un garçon mort du croup à 20 mois ; 3° un garçon, 19 ans, bien conformé, était

bien portant, mais a été mordu par le malade, et aurait eu, un mois après un accès d'épilepsie (??) ; 4° un garçon, 17 ans, intelligent; 5° un garçon, 15 ans, bien portant; 6° notre malade ; 7° un garçon, le seul ayant eu des *convulsions*, dont il est mort à 11 mois.

Notre malade. — Durant la *grossesse*, qui a été bonne, la mère avait pris goût à l'eau-de-vie, mais n'en aurait bu que de temps en temps et en petite quantité; accouchement à terme, naturel. Pierre a été élevé au sein en nourrice jusqu'à 15 mois. On le retira à cet âge, parce qu'il était souffrant; il avait désappris tout à coup à marcher, était devenu très maigre, mais avait presque toutes les dents et était déjà propre. Huit jours après son retour, il fut *pris subitement de convulsions qui durèrent une heure environ, et portèrent exclusivement sur le côté gauche.* On les attribua à l'issue des grosses dents. Aussitôt après la crise, on s'aperçut que « *le bras tombait inerte, et que l'enfant ne remuait plus la jambe* »; il garda le lit trois mois; ensuite, lorsqu'on le leva, on vit *qu'il prenait sa main paralysée avec l'autre pour soutenir son bras pendant.* En essayant de le faire marcher, on constata qu'il *traînait la jambe.* Vers l'âge de 2 ans, il recommença à marcher, à redevenir propre, à parler quoique difficilement; il paraissait passablement intelligent. On électrisait ses membres paralysés. Vers 2 ans et demi, survinrent les *premiers accidents épileptiques* sous forme de *vertiges* : « Maman, s'écriait-il, ne me touche pas »; en même temps il montrait son épigastre, comme s'il était le siège d'une douleur; il devenait ensuite « tout pâle, blême, » puis « rouge, rouge, » le regard était fixe, les bras collés au tronc, les avant-bras à angle droit, horizontalement et parallèlement dirigés en avant. Le tout durait 2 ou 3 minutes; Pierre disait : « c'est passé » et reprenait ses jeux sans paraître souffrir. Il avait quelquefois 2 ou 3 vertiges par jour; d'autres fois ceux-ci ne revenaient que tous les 2 ou 3 jours. Leur plus long intervalle aurait été de 8 jours. Malgré ces vertiges, il allait à l'école et apprenait assez bien. Son caractère était facile.

Dart.... avait 7 ans, lorsqu'il eut son *premier accès d'épilepsie.* Les accès revinrent tous les mois jusqu'à 8 ans, tous les 15 jours de 8 à 10 ans, tous les 2 ou 3 jours de 10 à 11 ans, enfin dans les derniers temps on en notait presque tous les jours, et même plusieurs fois par jour : ils seraient *diurnes* et *nocturnes*, et se dérouleraient de la façon suivante : *Pas d'aura appréciable*;

pas de cri initial; la chute est si subite que le malade se blesse cruellement presque chaque fois; elle se fait tantôt en avant tantôt sur le côté droit; puis tout le corps deviendrait uniformément raide, et serait pris ensuite de secousses cloniques, sans qu'on puisse dire s'il y a prédominance d'un côté. Durant l'accès, Pierre écume, se mord la langue, urine quelquefois sous lui. Il y a du stertor terminal suivi d'hébétude si la crise a été faible; de sommeil, si elle a été plus forte. Il y aurait aussi parfois quelques manifestations psychiques consécutives: langage incertain, idées « sans queue ni tête » durant quelques heures.

Depuis le début des accès, le caractère de Dart... a changé; il est devenu irascible, méchant, dangereux même; il voulait un jour couper le nez à sa mère; la parole ne s'est pas embarrassée davantage, mais l'intelligence et le raisonnement ont baissé considérablement. Il est redevenu enfant, n'aime pas jouer, reste atone, et passe sa journée à regarder les nuages. Pas trop de mauvais instincts; onanisme durant 2 mois à 11 ans. Jamais il n'a eu de tic, de peur, de cauchemar; il ne suce pas, mais bave quelquefois. Sa santé générale était assez satisfaisante; il n'a eu qu'une *varioloïde* à 3 ans et une *rougeole* à 4 ans.

Etat actuel. — *Tête* assez régulière. *Crâne* ovale, saillie assez considérable de la région occipitale; les autres régions sont symétriques et normales.

Diamètre antéro-postérieur	16 c. 1/2
— bi-pariétal	13.1/2
Circonférence.	49
Demi-circonférence droite	24
— gauche . . .	25 (1)

Face : paraît asymétrique; les parties osseuses, la région malaire notamment, sont moins développées du côté gauche. Par contre la joue gauche est pendante, dans une sorte de relâchement, et paraît de prime abord plus développée que la joue droite, qui est aplatie sous l'action de ses muscles sains, en réalité, pas de différence. La *bouche* est déviée à droite; la commissure labiale droite est attirée en haut lorsque la physionomie est calme, aussi bien que lorsqu'elle devient mobile. Les *orifices palpébraux* sont égaux.

(1) Saillie exagérée de la bosse frontale gauche.

Front, moyennement haut, assez large; la bosse frontale gauche est plus saillante que la droite, ce qui est dû à l'épaississement des téguments à ce niveau (chutes). — *Iris* bleus, pupilles égales, pas de strabisme, etc. — *Nez* droit, fort. — *Lèvre inférieure* épaisse, sillonnée de nombreuses cicatrices linéaires blanchâtres. — *Maxillaire inférieur et supérieur* réguliers. — *Voûte palatine* assez profonde, peu large, mais régulière et symétrique; voile du palais normal. — *Langue*, pas de cicatrice évidente. — *Menton* : aplati, carré, large, tout couturé de cicatrices (dont une de 6 cent.), transversalement dirigées, consécutives aux chutes épileptiques ; le menton est comme divisé par une gouttière en deux sortes de bourrelets, l'un antérieur, l'autre postérieur. — *Oreilles* assez petites, ourlées en haut, lobules adhérents : la gauche mesure 1/2 cent. de moins que la droite.

Cou, bien conformé. — *Thorax,* tendance du malade à s'incurver à droite, mais colonne vertébrale droite; système musculaire également développé des deux côtés.

Membres supérieurs. — Le membre gauche est, *à la vue,* bien moins développé que le droit; l'épaule est plus osseuse, le deltoïde, le biceps, les muscles de l'avant-bras moins volumineux. D'habitude le membre est dans *l'attitude* suivante : le *bras* est accolé au tronc; *l'avant-bras* est fléchi sur le bras de façon à dépasser l'angle droit; *la main* retombe fléchie sur l'avant-bras, dans une sorte de flexion forcée qui fait saillir un véritable moignon constitué par les os du carpe et les extrémités inférieures des os de l'avant-bras. — Le *pouce* est allongé; pour les autres doigts, les deux premières phalanges sont dans l'extension, et la phalangette est fléchie. Si on ordonne au malade de remuer successivement les divers segments de son membre supérieur droit, on constate : 1° que les mouvements de l'épaule sont presque tout à fait libres ; 2° que la flexion du coude est facile, mais que son extension ne peut être obtenue qu'imparfaitement; 3° que la flexion de la main peut être augmentée d'une façon insignifiante, mais que son extension et les mouvements des doigts sont impossibles. En cherchant à communiquer des mouvements plus complets, nous ne parvenons pas à vaincre tout à fait la résistance du biceps, à étendre complètement le coude; ni à étendre la main au delà de l'angle droit. Les fléchisseurs, les palmaires, le cubital antérieur sont contracturés, et leurs tendons font saillie sous la peau à la moindre traction. Le membre ne présente d'ailleurs aucune modification de nu-

trition de la peau, ni du système pileux; la main est un peu livide; pas d'athétose; la température est, au toucher, inférieure à celle du côté opposé. La *force musculaire* ne peut être comparée pour les deux côtés, le malade étant incapable de saisir le dynamomètre avec la main paralysée.

	Droite.	Gauche
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle. . .	21 c.	18 c.
— du bras à 8 c. au-dessus de l'olécrâne..	17	15.5
— de l'avant-bras à 8 c. au-dessous de l'olécrâne.	16.5	13.5
— du poignet..	12.5	11.5
— du métacarpe.	17.5	14.4
Distance acromio-olécrânienne	26	25.5
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	18.5	17.5
— de celle-ci à l'extrémité du médius.	14.5	14

Membres inférieurs. — Le membre droit est plus grêle que son congénère; il est d'habitude dans l'extension incomplète de la jambe sur la cuisse. Le pied est dans l'extension; la concavité plantaire est exagérée, son bord interne est relevé. Pendant la *marche,* dans laquelle on constate une légère boiterie, la jambe reste légèrement fléchie, et le pied, dans l'extension, ne repose sur le sol que par son extrémité antérieure, et surtout la partie interne de celle-ci comme dans le pied-bot équin. Il en est résulté une véritable subluxation du gros orteil, dont la première phalange est dirigée perpendiculairement au métatarsien. Les *mouvements volontaires* sont complets à la hanche, limités pour l'extension au genou, nuls pour le pied et les orteils. Si on vient en aide au malade, il est possible, avec peine pourtant, de compléter l'extension du genou, mais la flexion du pied est empêchée par les muscles contracturés du tendon d'Achille. Le gros orteil ne peut être abaissé à cause de la rétraction de son muscle extenseur; les autres orteils sont mobiles. — Le membre droit paraît avoir « la chair de poule », il est plus froid que l'autre.

Un thermomètre à surfaces, appliqué durant 15 minutes sur chaque cuisse, au niveau du sommet du triangle de Scarpa, nous a donné les résultats suivants :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1re expérience.	34°.2	34°.2
2e expérience.	34°.2	34°.4

Pas de mouvements choréiformes, de phénomène du tendon, d'anomalie du système pileux.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine . . .	37.5	35
— à 8 c. au-dessus de la rotule.	29.5	27.5
— à 8 c. au-dessous de la rotule. . . ,	23	21
— aux malléoles	18	18
— du métatarse	16.5	17.5
Distance de l'épine iliaque anté. et sup. à l'extrémité sup. du tibia	40	38.5
— de celle-ci à la malléole externe.	30.5	28
— de celle-ci à l'orteil médian	16	15

Organes génitaux. Verge, gland bien conformés, pas de phimosis, testicules égaux, descendus ; parfois onanisme.

Peau et tissu cellulaire : cheveux châtains foncés, assez abondants ; sourcils et cils plus rares, longs ; corps glabre ; pas de poils aux aisselles ni au pénil. Pas d'adénite, pas de traces d'abcès. Nombreuses *cicatrices* consécutives à des chutes : au niveau et autour de la bosse frontale gauche, sur la queue du sourcil droit ; sur la partie interne du sourcil gauche, sur la région malaire droite, sur le versant droit de la crête du nez. D'autres, déjà signalées, au menton et sur la lèvre inférieure ; d'autres sur le dos de la main droite, sur la face dorsale du poignet gauche, sur les deux coudes. Sur le dos, très convexe, du pied gauche, un durillon résultant du frottement de la chaussure. En juin 1882 : *Taille,* 1 m. 29 ; *Poids,* 26 kil. 800 (1).

Digestion : paraît bonne dans ses divers temps ; pas de vomissement ; selles régulières ; rate et foie normaux. — *Respiration* : sonorité à la percussion ; les sommets sont un peu soufflants ; pas de râles. — *Circulation* : cœur et pouls réguliers ; pas de souffle.

Sensibilité générale : conservée dans ses divers modes ; paraît égale des deux côtés. — Dart... *voit, entend,* sent les *odeurs,* différencie *les saveurs ;* mais on ne saurait dire quel est le degré de finesse et la qualité de ces divers sens. — *Phénomène du tendon* assez prononcé des deux côtés. — Pas de *mouvements fibrillaires.*

(1) En avril 1881 : *Taille,* 1 m. 27 ; *Poids,* 21 kil. 400.

Intelligence. — Lors de son entrée à l'école de la section, il parvenait à énoncer ses lettres et les mots avec une grande difficulté; il traçait à peine quelques lettres, ne connaissait pas le nom des objets les plus usuels. Actuellement, il lit assez bien ce que nous lui indiquons, écrit en grosses lettres irrégulières son nom, son âge, et sait copier un modèle. La *parole* s'est bien développée depuis l'admission. Il ignore le jour, le mois, dit qu'il est 5 heures en voyant une montre à 5 heures 20 minutes, sait nommer les objets usuels; mais, si on lui montre du papier, un encrier, un lit, il hésite et dit : « c'est quelque chose. » En somme, il a très peu de notions. Il est sujet à des accès de colère assez violents : ainsi, il a donné des soufflets à sa mère, un coup de poing à sa grand'mère, il a mordu le veilleur, etc.

Depuis l'entrée de Dart... dans le service, voici quelle a été la marche des accès :

	1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier.	—	—	11	»
Février.	—	—	17	»
Mars.	—	—	12	»
Avril.	62	»	15	»
Mai..	90	»	15	1
Juin	104	»	7	»
Juillet..	120	»		
Août.	27	»		
Septembre.	6	»		
Octobre..	49	»		
Novembre	17	»		
Décembre..	6	»		
Total. . .	481			

Description d'un accès. — Le 30 avril 1881, nous avons pu observer un accès pendant la visite, le malade étant couché : Le *début* est annoncé par un *cri ondulé et prolongé*, ressemblant à un cri de terreur. Dans la *période tonique*, les membres sont allongés et soulevés au-dessus du lit dans une direction parallèle; les membres inférieurs sont étendus, et un peu croisés; le gros orteil est contracturé dans l'extension forcée. Il semble que la rigidité est égale (?) des deux côtés. — 2° La *période clonique* se compose de secousses tétaniformes, auxquelles succèdent des secousses cloniques *qui se prolongent davantage et prédominent à*

gauche. En même temps apparaît une écume rosée abondante et le malade urine sous lui. L'accès se termine par du *stertor*, et l'enfant revient rapidement à lui. A ce moment, on note une température rectale de 38°,3.

Après le retour de la connaissance, on observe *deux ou trois petites secousses* dans le bras droit, puis dans tout le membre inférieur gauche, une *trépidation* qu'on laisse persister deux ou trois minutes, qu'on arrête par la *constriction de la cuisse* avec la main, mais qui reprend encore après 2 minutes de suspension, pour s'arrêter spontanément une minute après, reprendre encore et ainsi de suite. — Pas de trépidation dans le membre opposé.

Dart... aurait quelquefois, paraît-il, des accès bornés à ces trépidations et se rapprochant des cas décrits par M. H. Jackson. — Nous ne pouvons dire s'il y a une *aura* ; rien ne le prouve. Quant à la répétition des accès, elle se fait surtout par séries on en a compté jusqu'à 8 dans les 24 heures.

CHAPITRE III.

Marche. — Terminaisons.

Nous avons insisté avec suffisamment de détails sur la symptomatologie de l'épilepsie hémiplégique infantile, et sur les rapports chronologiques de ses divers symptômes entre eux, pour ne pas être obligé de donner une grande extension au présent chapitre. Qu'on nous pardonne pourtant, quitte à nous accuser de redites, de rappeler de nouveau qu'on peut diviser ce complexus symptomatique en trois périodes :

1° Période de convulsions ;

2° Période d'hémiplégie ;

3° Période d'épilepsie.

La *première période* débute à un âge très variable, mais surtout dans les deux ou trois premières années de la vie. Sa durée est, comme celle de l'*état de mal* qui la constitue, tantôt de quelques heures, tantôt de plusieurs jours. Elle cesse avec les crises convulsives initiales, car, d'ordinaire, aussitôt le malade réveillé, on constate la *paralysie*.

La *deuxième période* offre deux aspects : a) dans certains cas absolument bien déterminés, on ne note que l'*hémiplégie* avec ses complications (*contracture*, *hémichorée*, *athétose*, *atrophie*, etc.). Cet état de choses dure plus ou moins, et ce n'est souvent qu'après un *statu quo* de cinq, six, huit ans, qu'on voit survenir

l'*épilepsie*. *b*) D'autres fois, les crises épileptiques suivent, à bref délai, les convulsions primordiales, aecompagnent l'hémiplégie dès son origine, et la seeonde période, perdant son autonomie, se trouve fusionnée avee la suivante.

Quant à la *troisième période*, qu'elle sueeède de près aux eonvulsions, ou bien qu'elle n'apparaisse qu'à une époque plus ou moins éloignée, on peut toujours lui eonsidérer deux phases très distinetes : *a*) l'une, *grave*, où les aceès sont fréquents, souvent sériels, ou même revêtant la forme de l'*état de mal*, intenses, et durant laquelle sueeombent un eertain nombre de malades ; — *b*) l'autre, véritable aeheminement progressif vers la guérison, dans laquelle les aeeès se raréfient de plus en plus, jusqu'à disparaître eomplètement, vers l'âge de quarante ans.

Outre eette possibilité de guérison, nos malades jouissent eneore d'un autre bénéfiee : Presque jamais ils ne tombent *en démence*, et on pourrait peut-être rapprocher ee fait de la rareté des vertiges, en se rappelant eombien eette forme atténuée du mal eomitial est fatale pour les facultés intellectuelles.

Nous avons eu l'oeeasion de nous oeeuper plus haut de l'intelligenee de ees malades ; or, eelle-ei, variable suivant les eas, avons-nous dit, reste stationnaire et ne subit pas de déchéanee du fait des erises épileptiques ; tellement que si ees malades ne sont pas très riehes au point de vue de l'intelligenee, ils ont au moins l'avantage incontestable de ne rien perdre de leur petit avoir, et de ne pas terminer misérablement leurs jours dans eette dégradation physique et intellectuelle où nous voyons tomber la presque totalité des épileptiques ordinaires.

Telle est la marche de cette affection dont la terminaison est loin d'être toujours la même. Nous avons assez

insisté sur l'heureuse possibilité d'une *guérison* relative, en ce sens que le malade, délivré de ses accès, mais infirme de par son hémiplégie, et incapable, vu son infirmité et le développement restreint de son intelligence, de subvenir à ses besoins, peut néanmois être rendu dans une certaine mesure à la vie commune, tout en restant une charge pour sa famille, ou, à défaut, pour la Société. Mais un petit nombre de malades seulement atteignent ce but, et beaucoup succombent pendant l'évolution du syndrôme. Sans parler des maladies accidentelles, avec lesquelles on a fortement à compter dans toutes les périodes, vu la promiscuité de tous ces malades dans les asiles, il est certains stades qui sont véritablement meurtriers : Combien d'enfants ne sont-ils pas enlevés durant les *convulsions initiales*, durant l'*État de mal* qui est, pour ainsi-dire, le prologue du drame dont les divers actes vont se succéder? Ceux qui résistent et sortent victorieux mais infirmes de cette crise, retombent bientôt dans un non moindre danger créé par la *phase grave* de la *période épileptique*. Puis le péril devient de moins en moins imminent, et c'est alors seulement qu'on peut espérer, pour ceux qui ont survécu, la cessation des accès, la guérison, par conséquent, dans un âge avancé.

Nous présentons ici une observation dans laquelle la maladie a suivi une évolution telle, qu'elle peut être regardée comme un véritable type. Chez Col., en effet, les premières convulsions apparurent à deux ans et demi, et furent suivies, comme il est de règle, d'hémiplégie, de contracture, d'arrêt de développement, etc. Vers l'âge de 18 ans, survinrent des accès d'épilepsie, et on peut voir, en consultant le tableau, que les crises, qui se sont élevées les premières années, c'est-à-dire durant la période *grave*, aux chiffres de 759 et de 1142,

sont tombées en 1880 au taux de 307, et en 1881 à celui de 89. Ce malade, il est vrai, n'est pas encore arrivé à la cessation des accès ; mais, la maladie suivant une évolution aussi régulière, n'avons-nous pas tout lieu d'espérer ?

Observation XII.

Sommaire. — *Mère, hémiplégique. — Un frère, maladie cérébrale. — Une sœur, congestion cérébrale. — Une autre paralysée, aveugle, idiote. — D'autres, convulsions et athrepsie.*

Premières convulsions unilatérales et de courte durée à 2 ans 1/2. — Hémiplégie, contracture, arrêt de développement consécutifs. — Premier accès d'épilepsie à 18 ans. — Pas d'aura. — Première période grave d'épilepsie. — Eloignement des accès. — Conservation de l'intelligence. — Mouvements associés.

Col... Gaston-Mathias, âgé de 23 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 1er décembre 1877.

Antécédents (Renseignements fournis par le père du malade). *Père*, 62 ans, cordonnier, intelligent, bien conservé, sobre, un peu *vif*, n'a jamais été malade. [*Père*, sobre, mort à 80 ans (?). — *Mère*, calme et sobre, morte à 59 ans, « usée de travail ». Aucun antécédent nerveux héréditaire dans la famille.]

Mère, piqueuse de bottines, était calme et sobre, elle a eu une hernie étranglée qu'on opéra et qui guérit. Au cours de l'étranglement, elle fut prise d'*hémiplégie droite* avec embarras de la parole et déviation de la bouche. Dans la suite les accidents paralytiques s'amendèrent, mais vu l'incapacité de la malade pour tout travail, afin de faciliter son placement, un médecin lui fit un certificat de débilité mentale, bien qu'elle n'eût ni divagué, ni commis d'actes extravagants. Elle fut placée successivement à Vaucluse, puis à la Salpêtrière, où elle contracta une jaunisse à la suite d'une frayeur, et mourut âgée de 59 ans. [*Père*, sobre, mort à 78 ans (?). — *Mère*, morte à 30 ans en la mettant au monde. — Deux *frères* et deux *sœurs* (de père seulement) bien portants ainsi que leurs enfants. Pas de névropathes dans la famille.]

Pas de consanguinité.

Onze enfants : 1° une *fille*, morte à 4 mois (?), pas de convulsions; 2° un *garçon*, 37 ans, bien portant, calme; 3° un *garçon*, mort à 4 ans « *d'une maladie au cerveau* » qui n'aurait duré qu'une nuit, a eu des *convulsions internes*; 4° une *fille*, morte en naissant avant terme; 5° *Notre malade;* 6° une *fille*, morte en huit jours d'une « *congestion cérébrale* », à l'âge de 5 mois, pas de convulsions; 7° une *fille*, morte à huit mois (?), a eu des *convulsions internes*; 8° une *fille*, n'ayant pas eu de convulsions, « *à l'âge de 7 ans elle est tombée infirme, paralytique, aveugle et idiote* », morte à 12 ans chez ses parents; 9° un *garçon*, mort athrepsique à un mois; 10° un *garçon*, mort-né (?); 11° un *garçon*, mort « étique » à trois jours.

Notre malade. — Grossesse bonne, accouchement naturel et à terme; allaitement maternel jusqu'à dix-huit mois. Gaston a eu ses premières dents à huit mois, a marché à un an, a parlé à quinze mois, il était propre, « bien venant » et paraissait aussi intelligent que les autres enfants de son âge. Il avait deux ans et demi, lorsque, brusquement, sans motif connu, il fut pris de *convulsions* : elles durèrent un quart d'heure environ, et *ne portèrent positivement que sur un seul côté du corps*, mais on ne saurait affirmer lequel. Dans le courant de la même journée, on s'aperçut que l'enfant «*n'était plus agile de sa main droite* », «*qu'il la laissait tomber*» ; pourtant il se servait encore bien de la jambe. Dans la même semaine il aurait eu quelques convulsions limitées aux yeux. Enfin au bout d'un mois on s'aperçut qu'il « *traînait la jambe et que son pied se renversait* ». La paralysie des deux membres augmenta peu à peu, et la *contracture* s'y adjoignit progressivement sans qu'on puisse préciser la date de son début. Par contre, l'*intelligence* n'avait été touchée que dans une *très faible mesure* : on put l'envoyer à l'école, il y apprit bien, son caractère était resté doux et très affectueux, à part quelques petits mouvements de vivacité. Il n'avait ni tic, ni peur, ni cauchemar la nuit, ni mauvais instincts.

Il avait atteint l'âge de 18 ans, lorsque, à un repas, on surprit chez lui pour la première fois *quelques mouvements des yeux, durant lesquels la tête s'inclinait d'un côté.* Ce *vertige* ne dura que quelques secondes. Quinze jours après survint tout à coup, *sans aura*, le *premier accès d'épilepsie* : la chute fut brusque, mais ne causa aucune blessure et fut suivie d'un état de rigidité dont on ignore les particularités; il n'y aurait pas eu de période clonique

dans cet accès-là. — Trois mois après, *deuxième accès*; puis il y en eut tous les quinze jours; enfin, ils devinrent *quotidiens*, mais ne dépassèrent jamais un maximum de deux en 24 heures. Jamais, tant qu'il a été chez ses parents, Col... *n'a prévenu* de ses accès. Durant ceux-ci, le corps se *penchait un peu à droite, il n'y avait pas de chute* habituellement, *la rigidité prédominait à droite, et les membres du côté droit seuls étaient le siége de convulsions cloniques, lesquelles étaient aussi plus accusées au bras qu'à la jambe.* A la fin, *pas d'écume*, mais une bave simple; *pas de stertor*, *pas de miction involontaire.* L'enfant *revenait vite à lui*, ne dormait pas après l'accès et n'avait jamais de délire consécutif. *On ne remarqua pas de déchéance intellectuelle* en dehors des accès qui étaient suivis d'un peu d'obtusion. Il « raisonnait comme par le passé » mais avait parfois une légère hésitation de la parole. On attribue ses accès au profond chagrin que lui a causé la mort de sa mère.

Etat actuel. — *Tête*, assez volumineuse. — *Crâne*, presque carré par aplatissement léger des régions frontale et occipitale; pas d'asymétrie des régions temporo-pariétales.

Diamètre antéro-postérieur	17 c. 5
Diamètre bi-pariétal.	14,5
Circonférence	55
Demi-circonférence droite	27,5
Demi-circonférence gauche	27,5

Face, ovale; au repos, les deux côtés paraissent également développés. Cependant on y retrouve des traces légères de la paralysie : l'œil droit ne peut se fermer sans le gauche ; la commissure labiale gauche est un peu attirée en haut, surtout lorsque le malade rit ou siffle; la joue droite est comme inerte et ne joue pas son rôle de *sangle active* dans la mastication qui se fait plus facilement du côté opposé. Le *front* est haut, large, et présente une sorte de plateau étendu d'une bosse frontale à l'autre, lesquelles sont déjetées latéralement et très saillantes. — Pas d'inégalité des *fentes palpébrales*, iris bruns, pupilles égales. — *Nez*, droit, incurvé à gauche. — *Bouche*, petite; *maxillaire inférieur*, régulier. La réunion des *maxillaires supérieurs* constitue par leur bord alvéolaire une ellipse assez étroite et très allongée, au sommet de laquelle ne sont implantées que les deux incisives médianes, et qui donne lieu à un véritable *prognatisme*. Les parties latérales de cette ellipse, supportant les autres dents, sont

très aplaties, rectilignes et même un peu concaves en dehors.— La *voûte palatine* est *très étroite*, *très allongée*, *très profonde, ogivale*; elle est limitée latéralement par les rebords alvéolaires qui sont convexes en dedans, comme nous l'avons déjà dit; elle s'élargit en arrière. Le voile du palais et ses dépendances sont normaux. Les oreilles sont grandes, écartées de la tête, ourlées, leur lobule est détaché. — *Cou, thorax, rachis*, bien conformés.

Membres supérieurs. — Le membre du côté droit paraît, dans toute son étendue, moins développé que celui du côté gauche; mais cela est surtout frappant à partir du coude. D'ordinaire, l'épaule est un peu abaissée, le bras parallèle au tronc, l'avant-bras demi-fléchi dirigé soit en avant, soit transversalement au devant de l'épigastre. La main est *fléchie sur l'avant-bras*, de façon à dépasser l'angle droit, et à présenter un véritable *moignon*, constitué par l'extrémité inférieure du cubitus et du radius, par les os de la première rangée du carpe.On trouve sur ce moignon de nombreuses cicatrices qui témoignent de nombreux traumatismes, causés par les chutes épileptiques. La main est en outre complétement *recroquevillée* sur elle-même, son bord externe et son bord interne sont rapprochés de façon à former une sorte d'infundibulum palmaire, au milieu duquel viennent se réunir les extrémités de tous les doigts habituellement fléchis, le pouce en dessous, caché par les autres.

C'est avec assez de peine que Col... remue son bras, il s'aide des muscles s'insérant sur l'omoplate, et bien que l'articulation soit libre, et se prête à tous les mouvements communiqués, une bonne partie des mouvements spontanés se passent entre l'omoplate et le thorax. La flexion du bras est facile, mais n'est pas complète, non plus que l'extension qui ne peut amener le membre dans la rectitude. *Il n'y a aucun mouvement volontaire possible pour le poignet, la main et les doigts.* On parvient pourtant à étendre mécaniquement les doigts, à augmenter ensuite la flexion du poignet, de façon à appliquer même intimement la paume de la main sur la région antérieure de l'avant-bras, mais on éprouve une résistance invincible à l'extension, et la main ne peut se relever au delà de l'angle droit. Il est probable qu'à la raideur musculaire est venue se joindre quelque disposition vicieuse des facettes articulaires; pas d'athétose. Aucune modification de nutrition de la peau, ni du système pileux. La température du membre paralysé paraît inférieure à celle du côté opposé.

	Droit.	Gauche.
Circonférence du bras au niveau de l'aisselle.. . . .	25	31
— à 10 cent. au-dessus de l'olécrâne. . .	22	27
— de l'avant-bras à 10 cent. au-dessous de l'olécrâne	17	26
— au niveau du poignet	12.5	16
— du métacarpe	17	21
Distance acromio-olécrânienne..	33	36
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	25	27
— de celle-ci à l'extrémité du médius	18	19.5

Membres inférieurs. — L'arrêt de développement du membre droit, quoique moins accentué que pour le bras, est encore très manifeste. De plus, il n'y a aucune attitude vicieuse du membre dans aucun de ses segments. Les mouvements de la cuisse et de la jambes sont faciles; la hanche et le genou sont libres, on n'y perçoit aucun craquement. Quant au *pied*, malgré tous ses efforts, le malade ne parvient pas à le mobiliser, ni dans l'extension, ni dans la flexion; on ne constate dans ses essais qu'un tremblement généralisé du membre, et une irrésistible tendance du bras et de la main à produire des *mouvements associés.* Si on veut *provoquer* la flexion du pied, on est arrêté par le tendon d'Achille, l'articulation paraît saine. La fixité du pied cause une légère boiterie et le malade déclare que *le membre droit se fatigue plus vite* que le gauche. Pas de mouvements choréiformes. Aucun trouble nutritif de la peau, qui est seulement un peu violacée sur le pied; pas d'exagération des productions pileuses, ni cornées; léger refroidissement du membre, surtout du pied. Nous avons noté, au moyen du thermomètre à surfaces laissé en place pendant 10 minutes; pour la cuisse saine 33°,2; pour la cuisse paralysée 32°,2. Dans une autre série d'expériences, nous avons noté :

	Côté sain.	Côté paralysé.
1re expérience.	34.3	33.4
2e expérience	34.9	34

Le *phénomène du tendon* est également prononcé des deux côtés.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau de l'aine. . . .	49	55
— à 10 cent. au-dessus de la rotule. . .	37	43
— de la jambe à 10 cent. au-dessous de la rotule	29.5	32.5
— au niveau des malléoles..	21.5	23
— du métatarse.	22	23
Distance de l'épine iliaque anté. et sup. à l'extrémité sup. du tibia.	50	50
— de celle-ci à la malléole externe	37.5	39
— de celle-ci à l'extrémité de l'orteil médian. .	19	19

Organes génitaux, verge développée, gland bien conformé, testicules assez gros, à peu près égaux. Onanisme rare ; pas de rapports sexuels.

Peau et tissu cellulaire, cheveux noirs abondants, sourcils et cils noirs, pas de barbe, peu de moustache, poils aux aisselles, au pénil ; corps glabre ; pas d'adénite. *Cicatrices* consécutives à des chutes (accès) : sur le dos du nez, sur le coude droit, sur le poignet droit (paralysé), sur les deux genoux, sur la crête du tibia gauche. En juin 1882 : *Taille,* 1m.66 ; *Poids.* 57 kil. 20.

Digestion, appétit satisfaisant, digestions faciles, pas de vomissement, constipation habituelle, rate et foie normaux. — *Respiration,* sonorité à la percussion, aucun râle. — *Circulation,* cœur régulier, pas de bruit morbide.

Sensibilité générale, paraît normale dans ses diverses modalités, et égale des deux côtés. — *Vue, ouïe, odorat, goût,* conservés et également développés des deux côtés.

Intelligence. — Col... est un malade facile à interroger, répond d'une façon assez précise aux questions qu'on lui pose, et a gardé une assez bonne mémoire. Il est poli, a des usages, de la pudeur. Ses sentiments sont excellents, il se dévoue volontiers à soigner ses compagnons malades, et ne se départit jamais de son calme et de sa douceur. Jamais il n'a de querelle. Sa tenue est correcte, ses vêtements sont propres. Il sait lire couramment, écrire très lisiblement de la main gauche, faire les quatre règles ; il a des notions de géographie, mais pas d'histoire. De plus, il aurait été, dans un temps, moniteur pour les Sourds-Muets dans une école : en effet, il connaît à fond le langage mimique et explique assez bien la façon de l'enseigner aux autres.

Voici quelle a été la marche des accès depuis l'entrée de Col... à l'hospice :

	1877		1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier. . . .	—	—	69	»	125	»	96	»	5	»	7	»
Février	—	—	74	»	139	»	57	2	7	»	6	»
Mars..	—	—	101	»	107	»	61	»	4	»	18	»
Avril.	—	—	22	»	103	»	44	»	6	»	18	»
Mai.	—	—	48	»	84	»	8	»	6	»	36	»
Juin	—	—	49	»	97	»	5	»	5	»	7	»
Juillet	—	—	38	»	74	»	3	»	9	»		
Août	—	—	59	»	84	»	5	»	8	»		
Septembre . .	—	—	47	»	102	»	7	»	8	»		
Octobre. . . .	—	—	86	»	87	»	7	»	10	»		
Novembre. . .	—	—	82	»	73	»	7	»	7	»		
Décembre. . .	52	»	84	»	67	»	7	»	17	»		
Totaux. . .	52	»	759	»	1142	»	307	2	89	»		

CHAPITRE IV.

Diagnostic.

Parmi les maladies nerveuses de l'enfance, il en est une surtout, qui, en certains cas, pourrait paraître avoir un air de parenté avec celle que nous venons d'étudier; nous voulons parler de la *paralysie atrophique de l'enfance*, ou *paralysie infantile proprement dite*. Mais si nous ouvrons la thèse de M. Laborde (1), nous trouvons tout d'abord la description suivante, au cours de laquelle nous aurons soin de souligner les points qui la différencient de notre syndrôme : « Chez un enfant, garçon ou fille, normalement conformé, ne présentant à la naissance aucune atteinte de la motilité, et dont l'âge varie de quelques jours à quatre ans, plus souvent de un à trois, éclate soudain, sans cause appréciable, et en pleine santé, un *état fébrile* d'une durée de vingt-quatre heures à quelques jours (rarement plus de huit), accompagné *quelquefois* de symptômes convulsifs, et immédiatement suivi de paralysie du mouvement avec conservation de la sensibilité; *souvent complète et généralisée* dès le début, cette paralysie, qui n'atteint que *par exception les membres supérieurs* isolément, et qui affecte *presque toujours la forme paraplégique*, éprouve bientôt une rémission dans son

---

(1) Laborde. — *De la paralysie* (dite essentielle) *de l'enfance*. Paris, 1864.

étendue et dans son intensité; elle se retire de certaines parties où elle s'était d'abord montrée, et se fixe, en se localisant de plus en plus dans d'autres, lesquelles se trouvent alors (et alors l'organisme est en voie d'accroissement) vouées à l'atrophie, aux déformations, en un mot, aux divers désordres qu'engendrent d'une part les altérations de nutrition et l'impuissance prolongée, d'autre part la prédominance de l'action des muscles sains sur celle des muscles paralysés. » Il y a là déjà un certain nombre d'éléments de diagnostic différentiel, nous en trouvons d'autres encore plus loin : «*Le début fébrile est très fréquent*... Le début avec *convulsions est plus rare; les convulsions occupent les quatre membres; rarement la face... La paralysie consécutive est souvent généralisée au début* (membres, tronc, col.)... souvent elle affecte *la forme paraplégique*... rarement *la forme monoplégique... jamais la forme hémiplégique ordinaire... La contractilité électrique faradique disparaît rapidement*; *la contractilité galvanique plus lentement... tout muscle qui, quelques semaines après le début, ne réagit pas est perdu pour la vie*; *les réflexes sont abolis*... Lorsque la paralysie rétrocède, elle quitte rapidement le tronc et les membres supérieurs, *pour se fixer et persister dans les membres inférieurs*.

Dans une de ses leçons magistrales faite en juillet 1870, M. Charcot confirme la plupart des points que nous venons de souligner plus haut : « Le début de la paralysie infantile, dit-il, est soudain, avec *fièvre intense*, avec ou *sans accompagnement de convulsions*... Les symptômes paralytiques s'accusent du jour au lendemain, et dès l'origine, ils ont acquis leur summum d'extension et *d'intensité*.

Ces symptômes paralytiques offrent de grandes variétés de siège. *La paralysie est parfois* absolue, *complète*,

intéresse les quatre membres, ou trois d'entre eux; ou bien elle n'affecte qu'un seul *membre inférieur*, ou encore *l'un des membres supérieurs;* — d'autrefois, très rarement à la vérité, elle frappe exclusivement *les deux membres supérieurs*, — enfin il est des cas où la paralysie atteignant seulement les *membres inférieurs*, revêt *la forme paraplégique*... En résumé, on observe ici une paralysie complète, absolue, avec *abolition* ou *diminution de l'excitabilité réflexe*... A une époque très rapprochée du début des accidents, la *contractilité électrique faradique* est *amoindrie* sur un grand nombre de membres paralysés, *éteinte* sur plusieurs... Au bout de deux à six mois surviennent les symptômes de régression qui inaugurent la deuxième période... l'atrophie devient bientôt manifeste sur ceux des muscles chez lesquels la *contractilité faradique n'a pas reparu.*

M. Charcot énumère ensuite quelques autres symptômes communs à un grand nombre de paralysies, puis passe à l'étude anatomo-pathologique de la paralysie infantile. Il ne rapporte aucun cas dans lequel cette affection aurait été suivie *d'accès épileptiques*, ce qui d'ailleurs nous paraît être normal et tout naturel, étant donné le siège des lésions anatomiques de cette affection. En effet, les travaux de MM. Laborde, Charcot et Cornil, Vulpian et Prévost, Charcot et Joffroy, Parrot, Lockhart-Clarke et Johnson, Damaschino et Roger, ont surabondamment prouvé que la caractéristique anatomique de la paralysie infantile est analogue à celle de l'atrophie musculaire progressive, sauf que le processus suivrait ici une marche *aiguë*. On a trouvé dans tous les cas une *lésion* des cornes antérieures de la substance grise de la moelle, ou, pour préciser davantage, une *atrophie des cellules nerveuses des cornes antérieures*, avec développement secondaire du tissu conjonctif, tranformation

scléreuse de la névroglie, sclérose partielle des cordons antéro-latéraux, enfin atrophie des racines antérieures.

On peut se rappeler aussi l'axiome posé par Duchenne (de Boulogne) : « *il y a conservation de la contractilité électrique dans les lésions cérébrales; il y a diminution ou perte de cette contractilité dans les lésions spinales.* » Donc, d'après cet axiome, la *paralysie infantile* doit être due à une *lésion médullaire.* Or, nous venons de voir que c'est reconnu; donc aussi *l'épilepsie hémiplégique infantile* doit être due à une *lésion cérébrale*, ce que nous nous réservons de montrer bientôt.

Il est une autre maladie, qui, dominée par les mêmes lésions anatomiques ou à peu de choses près, ressemble beaucoup à celle qui nous occupe, et n'en diffère que par *sa généralisation*, c'est *l'atrophie cérébrale double.* Cette affection est d'habitude *congénitale*, et ce fait seul a déjà une grande importance au point de vue où nous nous plaçons, mais supposons qu'on soit en présence d'un malade de ce genre, et que, comme il arrive encore trop fréquemment, on ne puisse obtenir aucun renseignement sur l'époque et les phénomènes du début de la maladie : Dans ce cas, on remarquera avec fruit, que l'idiotie est *plus profonde*, *plus complète* que nous ne l'avons rencontrée dans nos observations; de plus, il y a souvent *microcéphalie prononcée.* On notera aussi que *la parésie*, ou même *la paralysie*, *la contracture*, *les arrêts de développement intéressent les quatre membres*, d'où résulte ordinairement une impotence absolue. Enfin l'épilepsie, qui peut survenir également dans ces cas, n'offre rien de bien spécial, n'est pas partielle, et ressemble d'habitude à des accès vulgaires.

N'y aurait-il pas des cas où *l'atrophie cérébrale double* serait survenue chez de jeunes enfants avec un appareil symptomatique semblable à celui que nous avons

étudié, mais *généralisé aux quatre membres*? Nous ne nous rappelons pas en avoir lu aueun exemple (1), mais s'il en survenait, il nous semblerait faeile de les reeonnaître, et nous ne voyons pas pourquoi, chez des sujets prédisposés, on ne verrait pas survenir des lésions d'*atrophie cérébrale double*, dans les mêmes eonditions, avee les mêmes périodes que nous venons d'étudier pour l'épilepsie hémiplégique infantile, laquelle est le résultat d'une *atrophie cérébrale partielle*.

Pourrait-on penser, au moment des eonvulsions initiales, à l'apparition d'une *hémorragie méningée* ? Non, du moins dans la majorité des eas, vu qu'on ne eonstate pas d'emblée de la eontraeture, mais bien une hémiplégie flaeeide.

L'absenee d'anesthésie, l'intégrité des sphineters ne permettront pas de s'égarer et de diagnostiquer une *hémorrhagie médullaire*.

L'absence de fièvre, la loealisation des seeousses eonvulsives, feront éliminer de suite toutes les crises éclamptiques qui accompagnent chez les enfants, d'une part, les *pyrexies*, d'autre part, la *dentition*, les *vers intestinaux*, ete. On connaît de plus la longueur des prodromes et les phénomènes oculaires, strabisme, parésie, inégalité des pupilles, les convulsions encore plus loealisées, toute la série des phénomènes méningitiques (vomissements, eonstipation, ete.), qui font porter chez les enfants le diagnostie de méningite tuberculeuse : il n'y a rien de pareil dans l'épilepsie hémiplégique.

Le diagnostic pourrait peut-être se montrer plus délieat dans certains eas où, ehez l'enfant toujours, il se déve-

(1) M. Bourneville nous a montré des enfants qui, d'après les renseignements donnés par les parents, peuvent être considérés comme atteints d'atrophie cérébrale double.

lopperait une *tumeur cérébrale*. Il ne faut pas oublier dans ce cas l'importance des *troubles moteurs des yeux*, de l'amaurose subite, *des altérations du fond de l'œil*, où on noterait une névro-rétinite descendante. On recherchera la céphalalgie qui d'ordinaire est *atroce*; il existe d'habitude des modifications *de la sensibilité* (hypéresthésie ou anesthésie); enfin, parfois on peut avoir un véritable délire maniaque. En dernier ressort, il n'est pas défendu de suspendre son opinion, et il faut reconnaître que souvent on voit survenir bientôt des symptômes méningitiques qui mettent un peu sur la voie et permettent de déterminer la nature de l'affection.

Dans le cas, enfin, où les troubles paralytiques seraient limités à un seul membre, le bras par exemple, on pourrait penser à une *paralysie périphérique*; mais il est rare qu'avec un peu d'attention on ne parvienne pas à rejeter cette hypothèse dont on ne trouve pas alors la pathogénie.

Durant la seconde période de la maladie, on ne pourra pas confondre les déformations du pied avec le *pied-bot congénital*. Outre les commémoratifs, celui-ci ne présente pas la laxité extrême des ligaments, le relâchement des jointures et le refroidissement permanent qu'on note aussi bien dans l'hémiplégie qui fait l'objet de cette étude, que dans la paralysie infantile proprement dite.

Au cours de la période épileptique, il est rare que, sachant l'évolution des accidents, on soit obligé de prendre beaucoup de soin pour faire un diagnostic différentiel.

Chez certains vieillards, à la suite d'une attaque d'apoplexie suivie d'hémiplégie, on voit survenir des accès d'épilepsie localisée à une moitié du corps, avec ou sans perte de connaissance. Mais ne voit-on pas déjà qu'il suffira de savoir que les accidents observés sont

tardifs, que le malade n'était pas hémiplégique depuis sa jeunesse, qu'il ne présente ni déformations, ni arrêt de développement, pour le classer immédiatement hors des cas qui nous occupent ?

Il en serait de même pour des adultes chez lesquels on verrait survenir subitement des accidents d'épilepsie hémiplégique, dus soit à une gomme, soit à une tumeur cérébrale d'autre nature.

Mais, si nous nous reportons à la leçon de M. Charcot sur l'épilepsie partielle d'origine syphilitique (1), nous voyons que, lors du développement d'une gomme cérébrale, les accidents qui se limitent aux crises épileptiques n'offrent, en somme, aucun trait de ressemblance avec le syndrôme que nous avons décrit. Ils ont un bien plus grand air de parenté avec la forme que nous avons signalée sous le nom d'épilepsie partielle vibratoire, et pourraient être comparés, jusqu'à un certain point, avec ce qu'on note dans l'observation suivante, bien que le malade ne soit pas, malheureusement pour lui, sous la puissance d'une diathèse spécifique.

---

(1) *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. II, p. 342.

Observation XIII.

Sommaire. — *Père, emporté, peut-être alcoolique.—Mère migraineuse. — Grand-père, mort hémiplégique. — Arrière-grand-père, aliéné. — Quatre cousins germains, morts de méningites tuberculeuses. — Un frère et une sœur, convulsions.*

Premières convulsions à 18 mois. — A 7 ans, traumatisme céphalique. — Troisièmes convulsions à 8 ans. — A 9 ans, colère et quatrièmes convulsions sous forme d'état de mal.—A 9 ans 1/2, apparition des crises actuelles : aura partant du pied gauche, visions colorées. — Retour irrégulier des crises. — Intelligence moyenne. — Description d'un accès partiel et d'un accès complet.

Cassaig... André, âgé de 24 ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 27 juillet 1874.

Antécédents (Renseignements fournis par sa mère). *Père*, employé de commerce, mort à 47 ans de phthisie galopante, *nerveux*, *colère*, buvait assez par obligation de déguster des alcools, mais ne se grisait pas. [*Père*, calme, « assez sobre », mort à 70 ans (?), *Mère*, 79 ans, non nerveuse, jugement encore sain, bien portante. — Ni *frère* ni *sœur*. — Une *tante* a des rhumatismes chroniques; une autre est morte obèse. — Un *cousin* est *bossu* depuis l'âge de 14 ans. — Pas de névropathes dans la famille.]

Mère, couturière, 50 ans, intelligente, calme, bien portante, à part des migraines décrites d'une façon très nette, et qui se sont interrompues durant la grossesse et l'allaitement, [*Père*, mort à 78 ans, sobre, a été *hémiplégique* deux ans. — *Mère*, un peu nerveuse, migraineuse, morte d'un « ulcère à la matrice » à 45 ans. — Un *frère*, mort de coqueluche à 21 mois. — Quatre *sœurs*, une morte à 5 mois au moment où on la mettait au bain; une deuxième, morte phthisique à 28 ans et dont les quatre enfants ont succombé à des *méningites tuberculeuses*; les deux autres sont bien portantes, sauf des *migraines*. — *Grand-père paternel*, mort *aliéné*. — Pas d'autres antécédents héréditaires dans la famille. Pas de consanguinité,

Trois enfants : 1° Notre malade; 2° un garçon, 21 ans, intelligent, en bonne santé, a eu une fois des *convulsions*, durant une

coqueluche à 7 ans; 3° une fille, 17 ans, *nerveuse*, bien portante, a aussi eu à 3 mois des *convulsions* dans la coqueluche.

Notre malade. — Lors de la *conception*, rien de particulier. *Grossesse* bonne, *accouchement* à terme et naturel : *allaitement maternel* jusqu'à 18 mois. Vers l'âge de trois mois, dépérissement passager attribué à une hernie ombilicale. Cas... a poussé sa première dent à 6 mois ; il a commencé à parler à un an, à marcher à treize mois ; il n'a été propre qu'à deux ans.

Il avait dix-huit mois, et on venait de le *sevrer*, quand survinrent ses *premières convulsions* : le malade jouait sur son lit, lorsque soudain il se renversa en arrière, les yeux retournés, la figure décomposée, les membres rigides et immobiles des deux côtés également ; « tout se passait dans la tête ». La crise dura dix minutes, et fut suivie de trois semblables dans le cours de la journée. A l'âge de vingt mois, *nouvelles convulsions* ; les crises se renouvelèrent irrégulièrement à la poussée de chaque dent, et on en compte environ une douzaine jusqu'à l'âge de deux ans et demi, époque où eurent lieu les dernières. Leur durée moyenne était de 10 à 15 minutes.

André eut la rougeole à cinq ans, la coqueluche à six ans. A sept ans et demi, il fit une *chute sur la tête et l'épaule* d'une hauteur de deux mètres et demi environ. Ce traumatisme fut suivi d'ahurissement et de demi-perte de connaissance ; toutefois le malade ne se ressentit plus de rien au bout de huit jours. Environ six semaines après, il eut une nouvelle émotion : « il eut très peur en voyant son frère tomber dans une cave, et être pris ensuite de *convulsions* ». Dix mois se passèrent encore, puis il revint un jour de l'école « tout bizarre », le regard fixe, les yeux hagards, la face pâle, ne parlant pas, et disant seulement *Ah! ah! ah!* Aucune trace de paralysie. Ces phénomènes durèrent trois heures, durant lesquelles on lui donna un vomitif; puis, la parole revenue, André dit qu'il « s'était senti étourdi en classe, qu'il était revenu sans prévenir, qu'à ce moment il ne voyait pas, et qu'il lui avait semblé marcher à quatre pattes ».

Un an plus tard, vers neuf ans et demi, à la suite d'une *violente colère*, réapparition des *convulsions*, qui durèrent dix-sept à dix-huit heures, *sans retour intermédiaire de la connaissance*, sous forme d'un véritable *état de mal* : les yeux étaient ouverts, convulsés en haut, les mâchoires serrées, la moitié gauche de la bouche était agitée convulsivement ; les membres étaient immobiles, et on ne sait si un côté était plus raide que l'autre. Pas de cri,

pas d'écume, et comme les autres fois « tout se passait dans la tête ». Le lendemain, encore quelques petites crises; le surlendemain il n'y paraissait plus. Environ quatre mois plus tard, André se plaignit d'avoir « comme un coup de fouet dans la cheville gauche », il disait que cela lui remontait dans l'œil gauche, et qu'il voyait du feu : « Maman, maman, je vois du feu ! Oh ! ce feu ! ce feu ! » Après avoir répété cette exclamation durant dix minutes, il fut repris de convulsions : yeux convulsés, corps tout entier rigide sans tremblement, projection de salive par saccades, reprise de la connaissance après vingt minutes, regard étonné, sommeil consécutif.

Deux mois après, *deuxième crise*, en tout point semblable à la précédente.

Les crises revinrent à des intervalles variables, tous les deux, trois ou quatre mois; elles se suspendirent en mai 1870, pour réapparaître en mai 1871. Un jour, se promenant avec des jeunes gens, il s'assit brusquement par terre et s'écria : « Tirez-moi la jambe, tirez-moi la jambe! » (1). Ceux-ci le frictionnèrent, puis le ramenèrent en le soutenant. Il ne parlait plus, était comme étourdi; on le coucha, il s'endormit. A son réveil, il raconta « qu'il avait senti que sa jambe remontait, comme si elle avait une crampe, et qu'il avait alors appelé à l'aide ». Cette crise ressemblait à celles qu'il a encore aujourd'hui; déjà à ce moment il avait cessé de voir *du feu* et de *projeter* de la salive.

Au bout de deux mois, *deuxième accès partiel de la jambe* : « Maman, maman, tire-moi la jambe! »; la jambe se fléchissait sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, « le genou remontait », mais il n'y eut pas de perte de connaissance, ni de bave, ni d'écume, ni de morsure de la langue. Les accès, jusqu'à son entrée, ont été exclusivement *diurnes*, et jamais ils n'ont été suivis de *troubles psychiques*. Durant les nuits, le sommeil était très calme; jamais on n'a noté de *vertiges* proprement dits.

Le caractère d'André était assez bon; il était très affectueux pour sa mère, mais ne se faisait pas d'amis, et était excessivement *colère*; il était aussi plutôt *triste* que gai. Quoique ayant peu appris à l'école, où on ne le poussait pas beaucoup d'ailleurs, il en savait assez pour copier des rôles chez un architecte. Pas de mauvais instincts. Onanisme assez rare.

---

(1) C'est du côté gauche, et particulièrement dans la jambe gauche, que se localisent les crises.

Etat actuel. — *Tête*, assez forte, régulière; *crâne*, un peu allongé avec saillie de la région occipitale et peut-être un léger aplatissement transversal.

Diamètre occipito-frontal.	20.2
— bi-pariétal.	15.9
Circonférence	60

Face, régulière, ovale; *front*, un peu étroit, très peu déprimé latéralement; bosses frontales égales; arcades sourcilières assez saillantes. — *Yeux*, égaux; iris bruns, pupilles égales; ni strabisme, ni conjonctivite. — *Apophyses malaires* également développées. — *Nez* droit. — *Bouche* moyenne, lèvres assez épaisses; maxillaires réguliers. — *Voûte palatine*, un peu étroite, profonde, cintrée, mais non ogivale; voile du palais normal. — Pas de trace bien évidente de morsure de la *langue*. — *Menton* carré, à fossette. — *Oreilles* un peu détachées, bien ourlées, lobules semi-adhérents. — *Cou, thorax, rachis*, bien conformés.

Membres supérieurs. — Fortement musclés, également développés à la vue et aux mensurations; aucune trace de paralysie. Cas... est *gaucher*: sa force donne au dynamomètre, pour *la main gauche* : 71 kil.; pour *la main droite* : 45 kil. (1).

Membres inférieurs. — Également développés aussi ; aucune déformation, pas de paralysie ni de parésie.

Organes génitaux. — Verge assez petite; gland normal, pas de phimosis, testicules égaux, assez gros; l'onanisme serait rare ; pas de rapports sexuels.

Peau, tissu cellulaire, etc. — Cheveux, sourcils, cils, châtains foncés, assez fournis; peu de barbe, moustache blonde, clairsemée; tronc glabre; poils aux aisselles, au pubis, sur les membres. — Ni glandes, ni trace d'abcès. — Une cicatrice longitudinale sur la queue du sourcil gauche consécutive à une chute à la gymnastique; cicatrice de furoncle sur le cou, plusieurs cicatrices de ventouses scarifiées sur l'abdomen.

Digestion. — Appétit régulier, pas de vomissements, ni gastralgie, ni dyspepsie; selles journalières; foie un peu gros, rate normale. — *Respiration* : sonorité à la percussion; quelques râles sous-crépitants disséminés.—*Circulation* : un peu d'hypertrophie

(1) Dans une autre expérience (22 juil.): à gauche, 70; à droite, 55

cardiaque caractérisée par des battements assez forts ; irrégularité dans le rhythme de ces battements, souffle au premier temps et à la base.

Sensibilité générale. — Elle semble normale dans ses divers modes, et est en tout cas égale des deux côtés. — Les *sens* spéciaux n'offrent rien de particulier à noter. — En janvier 1882 : *Taille*, 1m,70 ; *Poids*, 65 kil. 50.

Intelligence. — Cas... a l'esprit assez ouvert, il cause raisonnablement et rien ne pourrait le faire juger malade si on ne le savait pas. Il a bonne mémoire encore, bien que, au dire de sa mère, elle ait baissé depuis son entrée dans le service. Il donne avec précision tous les renseignements qu'on lui demande sur sa maladie, ses antécédents, ceux de sa famille, etc., etc. Quoique sans goût pour les travaux intellectuels, il a appris à lire, à écrire, à compter, etc. Actuellement, il travaille régulièrement à la culture maraîchère de l'hospice. Sa tenue est correcte, il est même soigneux de sa personne et de sa santé. Toutefois son caractère est assez peu sociable ; il est violent et se livre volontiers, pour le moindre motif, à des voies de fait ; de là résulte qu'il n'a pas d'amis et que souvent personne ne veut l'assister lorsqu'il lui survient une crise hors de la vue des infirmiers. Le regard est dur

On peut décrire chez André deux sortes de crises convulsives, les unes partielles, limitées à la jambe, plus faibles ; les autres *généralisées* et accompagnées de perte de connaissance.

Description d'un accès partiel. — Outre une série de symptômes éloignés, tels que : énervement, irascibilité plus grande, faiblesse unilatérale, engourdissement intellectuel, il existe constamment une *aura* qui varie peu. Tantôt elle part des orteils du pied gauche, remonte le long du bord interne du tibia et de la face antérieure de la cuisse ; tantôt le point de départ se trouve au niveau de la partie antérieure du cou-de-pied, et la sensation suit ensuite le même trajet. La nature de cette aura est assez difficile à préciser : d'après les explications du malade, nous pensons à une sorte de *crampe*, de *tétanisation*, accompagnée d'un tremblement, d'une sorte de trémulation, de *convulsions toniques* en un mot. A mesure que cette sensation monte, la jambe se fléchit sur la cuisse, la cuisse sur le bassin, et le genou est soulevé. Il semble à André que son membre tout entier subit une sorte *de retrait*. Aussitôt que la crise commence, il se couche brusquement et appelle à l'aide : quatre ou cinq hommes s'emparent du mem-

bre, les uns compriment le métatarse, les seconds la région de la jarretière, les autres la cuisse, d'autres enfin tirent fortement le membre dans l'extension complète, pendant que le malade s'accroche à un point résistant pour faire la contre-extension. Quelquefois il pose, en outre, autour de sa cuisse un véritable garrot à tourniquet afin d'augmenter encore la constriction. On peut voir alors entre les points comprimés, et sentir sous ses mains, si on comprime soi-même, les muscles violemment agités et convulsionnés, durant deux ou trois minutes. Lorsqu'on parvient à arrêter la propagation de cette aura, la crise se trouve jugulée, le malade conserve toute sa connaissance, et, l'accès terminé, se remet au travail comme si de rien n'était.

Dans d'autres cas la crise débute de la même façon, mais, soit que dès l'abord elle se montre plus violente, soit que les secousses partielles deviennent intolérables, André renonce à persister dans la lutte, et en avertit ses aides par ces mots : « Laissez-moi, lâchez tout ! » Aussitôt on voit l'accès se généraliser et revêtir les caractères que nous allons décrire.

Description d'un accès complet. — Les prodromes éloignés sont les mêmes, l'aura émane des mêmes régions, mais au lieu de se localiser au membre inférieur gauche, elle atteint la moitié gauche de l'abdomen, puis du thorax ; le bras devient le siège des mêmes sensations, qui, montant toujours, gagnent le côté gauche du cou, de la face, et du crâne ; enfin, sans *cri initial*, survient une *perte absolue de la connaissance*. On peut voir alors, à une *première période* de *tétanisation*, dans laquelle la rigidité et les secousses tétaniformes paraissent égales des deux côtés, succéder une *période clonique* durant laquelle les convulsions sont généralisées. Rarement il se produit de l'écume, jamais de morsure de la langue, ni de miction involontaire. L'accès se termine par une période de *stertor* : à ce moment la face est cyanosée, les paupières sont ouvertes, les pupilles plus dilatées que dans les périodes précédentes. Cas... *fume la pipe*, respire fort, bruyamment, projette de la salive. Au bout de cinq minutes environ, tout cesse, mais ce n'est guère qu'après sept ou huit minutes que le malade revient à lui ; il est tout ahuri, mais il ne dort pas ensuite, et ne tarde pas à retourner au travail.

Voici quelle a été la marche des accès depuis l'entrée à l'hospice.

	1874		1875		1876		1877		1878		1879		1880		1881		1882	
	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.	Accès.	Vertiges.
Janvier. .	—	—	11	»	»	»	9	»	6	»	6	»	7	2	7	3	10	»
Février. .	—	—	8	»	9	»	5	»	2	»	4	»	7	3	12	12	7	»
Mars . . .	—	—	14	»	6	»	7	»	4	»	4	»	12	6	3	2	11	1
Avril . . .	—	—	5	»	7	»	6	»	»	»	6	»	13	7	13	»		
Mai. . . .	—	—	2	»	2	»	3	»	8	»	9	»	11	3	12	»		
Juin . . .	—	—	2	»	3	»	2	»	4	»	6	»	7	2	12	6		
Juillet . .	4	»	21	»	»	»	2	»	6	»	8	»	9	5	5	»		
Août . . .	28	»	10	»	7	»	5	»	4	»	2	»	9	6	9	»		
Septembre	15	»	7	»	3	»	3	»	5	»	4	»	16	1	10	2		
Octobre. .	17	»	7	»	1	»	10	«	8	»	8	»	12	4	10	1		
Novembre	10	»	2	»	2	»	7	»	9	»	3	»	2	»	11	»		
Décembre.	11	»	9	»	8	»	3	»	6	»	5	«	2	1	5	2		
Totaux . .	85	»	98	»	48	»	62	»	62	»	65	»	107	40	109	28		

De nombreux *traitements* ont été institués pour ce malade, sans qu'on soit arrivé, croyons-nous, à un bénéfice réel. A son entrée, M. Delasiauve lui a continué, durant deux ans, du bromure de potassium, qu'il prenait déjà chez ses parents (1874-1877). Plus tard M. Bourneville le soumit aux inhalations de *nitrite d'amyle* et à l'*hydrothérapie* (1879). — En 1880, reprise du bromure de potassium, dont on éleva progressivement la dose jusqu'à 7 grammes, et continuation des douches ordinaires. Enfin, tout récemment, on rechercha qu'elle pourrait être sur lui l'action de divers aimants et particulièrement de bracelets et d'armures aimantés (1).

Par combien de points le malade dont nous venons de rapporter l'histoire ne diffère-t-il pas de ceux dont nous nous occupons, bien qu'à première vue on puisse s'y

(1) On trouvera des détails fort intéressants, à ce sujet, sur ce malade et sur quelques autres semblables, dans un récent et consciencieux travail publié par notre excellent ami le Dr Bricon (*Du traitement de l'épilepsie.* 1882, n° 220, p. 109-208).

aisser tromper. Notons d'abord l'absence de *localisation* ou de *prédominance des convulsions initiales*, l'absence d'*état de mal*, suivi d'*hémiplégie*, etc. Rien qu'à voir Cas..., on saisit encore davantage la différence : c'est un bel homme, ses membres sont *également développés*, il n'est affligé d'*aucune déformation*, son bras malade est même *plus fort que l'autre*. D'un autre côté, rien, dans l'évolution des accidents, qui rappelle les *trois périodes* de l'épilepsie hémiplégique infantile. Enfin, si l'on consulte le tableau des accès, on peut constater qu'ils ne paraissent pas avoir une tendance vers l'amélioration et *la cessation* complète.

A propos de ce malade, on peut encore vérifier une fois de plus l'exactitude des assertions suivantes de M. H. Jackson : « Lorsque les convulsions, dans l'épilepsie partielle débutant par le membre inférieur, tendent à se généraliser, elles se répandent successivement sur le membre supérieur d'abord, puis sur la face. Il est assez curieux, en effet, que ce soit là une loi presque immuable.

CHAPITRE V.

Anatomie pathologique (1).

Comme nous avons eu déjà l'occasion de le dire, au courant de cette étude, l'épilepsie hémiplégique infantile est une maladie *symptomatique*, autrement dit, elle offre à étudier des *lésions cérébrales*, qui sont, comme nous l'avons observé plusieurs fois, celles de l'*atrophie partielle du cerveau*. A ces lésions, véritablement *primitives*, s'en ajoutent bientôt d'autres plus ou moins éloignées, qui en sont la conséquence directe, et dont nous aurons à nous occuper après avoir étudié les premières.

Lésions fondamentales.

Lorsqu'on ouvre la cavité crânienne, on est souvent frappé de voir, le crâne étant enlevé, la *dure-mère* apparaître *flasque* et *ridée* sur toute une moitié de son étendue, et justement du côté opposé à l'hémiplégie dont était porteur le malade : il semble déjà que l'un des hémisphères cérébraux doit être plus petit que l'autre, et c'est ce qu'on constate bientôt, après avoir fendu la

(1) Nous avons fait, pour ce chapitre, de nombreux emprunts au travail si soigné de M. le Dr Cotard, sur l'*Atrophie partielle du cerveau*. Thèse de Paris, 1868.

première membrane d'enveloppe. En effet, l'encéphale étant sur la table, la *différence de volume* des hémisphères saute aux yeux; l'atrophie peut être assez considérable pour que l'hémisphère lésé mesure deux, trois ou quatre centimètres de moins que son congénère dans ses divers diamètres, et donne également un poids inférieur de plus de 200 grammes.

Après la décortication de la *pie-mère* (et cette opération est, en général, assez facile), on remarque que les lésions occupent une surface d'étendue fort variable, suivant les cas.

a) Tantôt c'est la *totalité de l'hémisphère* dont toutes les circonvolutions sur les diverses faces sont plus petites, plus tassées, ratatinées, en un mot, *atrophiées*. (Obs. XVI.)

b) D'ordinaire, au milieu de cette atrophie générale, on constate que certaines circonvolutions ont subi une atrophie ou un arrêt de développement beaucoup plus prononcé que les voisines, de telle façon qu'elles paraissent avoir comme attiré à elles les parties normales ou moins altérées (Obs. XIV). Telles étaient, dans notre XVI[e] Observation, *les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes*, la première circonvolution frontale, et le *lobule paracentral*. Dans notre XV[e] Observation, en même temps que l'atrophie de toutes les circonvolutions sur les diverses faces, nous avons noté un véritable *maximum* sur une *bande* de deux ou trois centimètres de largeur, partant du bord inférieur du lobe carré, remontant vers le bord supérieur de l'hémisphère, redescendant sur la face convexe, puis sur la face inférieure du lobe temporo-occipital. (Pl. II, *fig.* 1 et 2.)

c) Il est beaucoup plus rare de rencontrer des pièces sur lesquelles l'atrophie se soit absolument localisée non plus comme ci-dessus à un hémisphère, mais à un

lobe (1), à un groupe de circonvolutions ou à une circonvolution isolée. Disons aussi que, parmi les plis atteints le plus fréquemment, on doit signaler surtout : les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, le lobule paracentral, le pli courbe, les racines des circonvolutions frontales, le lobule de l'insula, le lobe carré, etc., toutes régions très importantes au point de vue de la motilité, comme on sait. Outre l'étendue des surfaces envahies, on constate aussi souvent, dès l'abord, une augmentation de densité, de consistance de tous les points intéressés, et par conséquent, fort souvent, de l'hémisphère tout entier.

Quoi qu'il en soit de la *topographie des lésions*, voici ce qu'on constate en poussant plus loin ses investigations : les circonvolutions sont au complet, mais elles sont étroites, amincies, ratatinées, souvent très plissées, et séparées les unes des autres par des sillons en général très profonds.

A la simple comparaison, elles paraissent moins développées que les circonvolutions correspondantes du côté opposé ; leur coloration est plus blanche que celle des parties voisines ; leur *consistance* est d'une fermeté extraordinaire et qui tranche d'une façon absolue avec celle des parties saines ; elle rappelle celle du caoutchouc par son élasticité. On se trouve là, en somme, en présence d'une *sclérose lobaire*, d'un processus caractérisé par la prolifération des éléments conjonctifs, avec atrophie consécutive des cellules et des tubes nerveux ; d'un processus auquel Pinel donnait le nom d'*Induration du cerveau* (2). Sur ces circonvolutions ainsi affectées, on constate à la coupe, d'après M. Cotard, « que la séparation

(1) Cotard, *loc. cit.*, observation XXXI.
(2) *Journal de Physiologie de Magendie*, 1822.

des substances grise et blanche est effacée ; que la substance blanche est également ferme ; qu'elle se déchire par lanières et ne se laisse pas écraser. Au microscope, on trouve une matière amorphe abondante finement granuleuse et très cohérente, une grande quantité de fibres lamineuses, des corps amyloïdes, et quelques rares éléments nerveux plus ou moins altérés. »

Voici ce qu'on a noté sur une coupe pratiquée au niveau des parties sclérosées de l'hémisphère gauche de Gav... (Obs. XIV) : La coloration des deux substances était conservée ; mais elles étaient séparées par une bandelette jaunâtre, dont la coloration tranchait avec celle de la substance grise. Un tissu induré, d'une épaisseur de 1 millim. à 1 millim. 1[2, constituait ces bandelettes, qui suivaient le trajet des circonvolutions indurées et qui étaient plus *épaisses* et plus *consistantes* dans les circonvolutions des *régions motrices*, où l'atrophie était plus considérable. Les noyaux gris centraux n'étaient pas altérés. (*Fig*. 5.)

L'observation suivante, recueillie par M. Bourneville (1) sur une malade de la Salpêtrière rentrant dans la classe des malades dont nous nous occupons, renferme la description détaillée d'un hémisphère atteint d'atrophie scléreuse.

---

(1) *Progrès médical*, 1879, p. 299.

Observation XIV.

Sommaire. — *Convulsions revêtant la marche de l'état de mal et affectant exclusivement la moitié droite du corps. — Vertiges consécutifs. — Début des accès d'épilepsie. — Développement progressif de l'hémiplégie droite. — Diminution parallèle des facultés intellectuelles. — Etat de la malade en avril 1878. — Tête et face ; — membres, etc. — Marche des accès et des vertiges. — Tuberculisation pulmonaire aiguë.*

Autopsie : Lésions osseuses ; — Atrophie générale de l'hémisphère cérébral gauche ; — Induration des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes, du lobule paracentral, etc. — Caractère de cette lésion. — Dégénérations secondaires.

Gav..., Mathilde, est entrée le 16 août 1876 à la Salpêtrière (service de M. Delasiauve); elle était alors âgée de 16 ans.

Renseignements fournis par sa mère (1879). — *Père*, boutonnier, mort à 43 ans (1869) d'une fluxion de poitrine ; il était sobre ; ni lui, ni aucun de ses parents n'aurait offert de maladies nerveuses, sauf une nièce qui serait née avec les *pieds bots*. — *Mère*, 53 ans, couturière ; elle n'a jamais eu d'autres accidents nerveux que quelques névralgies ; eczéma des mains. [*Père*, rien. — *Mère*, morte de la poitrine à 34 ans. — Une *sœur* a été atteinte d'*épilepsie* à l'âge d'environ trois mois]. — Pas de consanguinité.

Six enfants : 1° garçon mort à 5 mois, *convulsions* ; 2° fille morte à 4 ans, *convulsions* ; 3° garçon mort à 5 mois, *convulsions*; 5° fille morte à 15 ans de la *poitrine*.

Mathilde est née à terme ; la grossesse avait été bonne. Elle a été nourrie au sein par sa mère, a marché et a été propre à 13 mois. Elle a parlé de bonne heure et paraissait « excessivement intelligente ». A 2 ans 1/2, dans le cours d'une diarrhée ordinaire, elle a été prise, sans cause connue, de *convulsions* qui ont duré un quart d'heure : tête renversée, yeux tournés, pas de mouvements des membres.

Neuf jours plus tard, sont survenues, sans aucun prodrôme, des *convulsions*, dites *épileptiformes* par le médecin ; elles ont duré *douze heures* et ont été circonscrites à la moitié droite du

corps (face, bras, jambe) : l'œil, le coin de la bouche et l'aile du nez du côté droit étaient tirés à droite. « Tout le côté droit, assure-t-on, était secoué comme par un ressort. »

Les convulsions ayant cessé, l'enfant s'est endormie; au réveil, elle avait sa connaissance et, après avoir eu une fièvre assez forte pendant 3 ou 4 jours, elle s'est rétablie assez vite. Elle marchait sans traîner la jambe et se servait de ses bras; la parole était libre. Mais on remarqua qu'elle était sujette 3 ou 4 fois par jour à des *vertiges :* elle venait tout d'un coup auprès de sa mère, « d'un air penaud » faisait 5 ou 6 mouvements de déglutition; la face n'éprouvait aucune modification.

Six mois après cet état de mal convulsif, G... fut prise de *nouvelles convulsions* qui durèrent aussi une douzaine d'heures, et n'intéressèrent encore que le côté droit. Elle eut de la fièvre durant 3 ou 4 jours, et fut capable de se lever au bout de deux semaines. On ne remarqua aucun signe de paralysie. Les *vertiges* devinrent plus accusés : aux phénomènes déjà décrits s'ajouta une déviation des yeux et de la bouche qui s'ouvrait.

A 7 ans, éclata le *premier accès d'épilepsie* sans cause appréciable, sans *aura.* On ne saurait dire si, dans les accès, les convulsions prédominaient dans le côté droit du corps. A dater de là, on a constaté un *affaiblissement paralytique* de la jambe et du bras du côté droit; peu à peu, le pied s'est déformé, la main s'est pliée. « C'est, déclare-t-on, la jambe qui, la première, a été la plus malade. » La *parole* s'est altérée rapidement, et, à 9 ou 10 ans, G... ne prononçait plus que quelques mots (petit, pomme, papa, maman). A la même époque, elle est redevenue gâteuse, La *marche* est devenue très défectueuse depuis l'âge de 13 ans.

La *menstruation* s'est établie sans dificulté et régulièrement à 16 ans : les accès ont augmenté, et le caractère s'est modifié : irritabilité, tentatives pour mordre, cris; — le bras droit, dont G... se servait encore un peu, s'est plié et elle a cessé à peu près complètement de s'en servir.

Avant l'admission à la Salpêtrière, les accès étaient très fréquents, quotidiens (4 ou 5 par jour); — souvent il y avait des séries (10, 12 ou 15 en quelques heures); — deux fois on aurait observé un *état de mal* et on aurait craint que G... ne succombât. Jamais d'aura, ni de vision colorée; pas d'écume, quelquefois morsure de la langue quand les accès se répétaient. Les accès étaient toujours diurnes et se compliquaient journellement de vertiges. On a noté deux rémissions de six semaines.

Etat de la malade en avril 1878. — La tête est assez volumineuse, le front, déprimé latéralement, est assez élevé; la bosse frontale droite semble un peu plus saillante que la gauche; les arcades sourcilières sont saillantes; le nez, les joues sont symétriques; le sillon naso-labial gauche est plus accentué que l'autre et la bouche est légèrement tirée à gauche. Les arcades sont régulières; il ne manque qu'une dent. Voûte et voile du palais symétriques, autant qu'un examen difficile permet d'en juger.

Le *système pileux* est abondant, même au pénil. — Les *seins* sont assez gros; le gauche est plus ferme et plus volumineux que le droit.

Membre supérieur droit. — Le bras est collé contre le thorax, l'avant-bras est fléchi à angle aigu sur le bras; la main fléchie à angle droit sur le poignet qui est roide ainsi que le coude. L'épaule et les doigts sont souples. La main est bleuâtre, froide, et de plus très-déviée sur le bord cubital gauche. La malade parvient à soulever le bras et à le mettre à angle droit avec le tronc; les doigts sont immobiles.

Membre supérieur gauche. — Rien de particulier, sauf un peu de cyanose et de refroidissement de la main.

Voici les mensurations comparatives des deux membres supérieurs.

	Droit.	*Gauche.*
Circonférence au niveau de l'aisselle	21	22
— du bras à 10 centim. au-dessus de l'olécrâne	20.1/2	22
— de l'avant-bras à 10 centim. au-dessous de l'olécrâne	18.1/2	19
— du poignet	13	13.3
— du métacarpe	15.1/4	15.1/2
Distance de l'acromion à l'olécrâne	28	31
— de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus	23	23
— de celle-ci à l'extrémité des médius	13.1/2	14.1/2
Longueur de la clavicule	14	15

Membres inférieurs. — *a) Droit.* — Il est dans l'extension et un peu dans l'adduction; le pied, violacé et froid, a de la tendance à se renverser en dedans; le gros orteil est dans l'extension. Pas de rigidité des jointures, pas de mouvements. — Dans la marche, on note que le genou droit se porte en dedans, que le

pied correspondant se détache moins bien du sol, que la malade s'avance en fauchant. G... ne peut d'ailleurs marcher que si on la tient d'un côté. — ni mouvement fibrillaires, ni trépidation provoquée.

b) *Gauche.* — Il est normal. — La mensuration comparative des membres inférieurs n'a fourni que des différences insignifiantes.

La *sensibilité* générale paraît normale. — La respiration est régulière. Il n'y a rien au cœur. Pas de troubles de la digestion. — Légère leucorrhée; pas d'onanisme, — Elle ne prononce plus que les mots : papa, maman. Elle ne peut ni manger ni s'habiller; elle passe son temps avec des joujoux ; pousse fréquemment des cris sauvages; bave ; mord les infirmières ou les autres enfants.

1879. 2 *janvier.* — Depuis une quinzaine de jours, G... reste couchée et ne prend que très peu d'aliments. Pas de vomissements ni de diarrhée. On trouve de petites eschares au niveau des grands trochanters, des deux côtés du sacrum, et de la malléole externe droite.

Toux rare; R. à 36; l'auscultation ne donne aucun renseignement précis par suite des cris et des mouvements de la malade. Matité notable en arrière et des deux côtés. — Amaigrissement notable. T. R. 40°,1. — *Soir* : T. R. 40°,2.

3 *janv.* — T. R. 40°,3. — *Soir* : T. R. 40°,1.

4 *janv.* — T. R. 39°,2. — *Soir* : T. R. 39°,3.

5 *janv.* — T. R. 39°,1. — *Soir* : T. R. 40°.

6 *janv.* — Matité assez étendue des deux côtés. — A droite, souffle caverneux probable; à gauche. gargouillement? râles. — On note une *contracture* de l'épaule, du coude, du poignet, du genou et du pied du côté droit. — Emaciation, altération des traits. — T. R. 40°. — *Soir :* T. R. 40°,2.

7 *janv.* — T. R. 39°,2. — *Soir* : T. R. 40°.

8 *janv.* — T. R. 40°. — *Soir* : T. R. 40°,2.

9 *janv.* — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°,2. — Dans la nuit, T. R. 40°,2. Morte à 4 heures du matin le 10 janvier. — Ni accès, ni vertiges en janvier.

	1876			1877			1878		
	Accès.	Vertiges.	Date des règles.	Accès.	Vertiges.	Date des règles.	Accès.	Vertiges.	Date des règles.
Janvier. . .	»	»	»	26	»	»	8	»	»
Février. . .	»	»	»	50	5	»	22	»	»
Mars	»	»	»	65	»	le 14	25	8	»
Avril	»	»	»	40	»	»	21	»	»
Mai.	»	»	»	39	1	»	30	»	»
Juin.	»	»	»	71	»	»	10	4	le 17
Juillet . . .	»	»	»	32	»	»	13	»	le 17
Août.	18	1	»	56	3	»	10	»	»
Septembre..	60	55	le 10	80	5	le 7	4	»	»
Octobre. . .	58	49	»	»	32	»	62	»	»
Novembre..	2	»	le 8	55	40	»	24	»	»
Décembre..	39	»	le 15	94	45	»	43	»	»
Totaux.	177	105		608	131		292	25	

Autopsie *le 11 janvier.* — Cuir chevelu, rien.— Les *os du crâne* sont très épais et beaucoup plus à gauche qu'à droite. La moitié gauche de la base du crâne est notablement déformée; la fosse coronale gauche est plus saillante que la droite, presque unie. La fosse sphénoïdale est plus étroite que celle du côté opposé. L'apophyse crista-galli est déjetée à gauche, en sorte que la gouttière ethmoïdale est à peine marquée. La selle turcique est très étroite. Les apophyses clinoïdes antérieures et postérieures ne sont distantes les unes des autres que de 2 ou 3 millimètres; la lame quadrilatère est très déprimée et se continue directement avec la gouttière basilaire. — La *dure-mère* est un peu épaissie à gauche. — Les *artères* de la base paraissent égales. — La *pie-mère* ne présente qu'une légère injection.

Encéphale. — L'*hémisphère cérébral* gauche est notablement moins long et moins large que l'hémisphère droit. — les *hémisphères cérébelleux* paraissent égaux. — Le *nerf olfactif gauche* est légèrement moins gros que le droit. — Les nerfs et les bandelettes optiques ont le même volume. — L'*éminence mamillaire* gauche est considérablement atrophiée. — Le *pédoncule cérébral gauche* est plus étroit et moins bombé que le droit. – La moitié gauche de la protubérance est plus petite que l'autre.— La *pyramide antérieure* et l'*olive gauche* sont plus petites que les parties correspondantes du côté droit. (*Fig.* 3).

Hémisphère droit. — A la face externe, toutes les circonvolu-

tions ont conservé leurs dimensions et leur consistance normales. Il en est de même à la face interne, sauf à l'extrémité postéro-supérieure de la scissure calloso-marginale où l'on constate une légère induration au niveau de la partie antérieure du *lobe carré* et de la partie postérieure du *lobe ovalaire.*

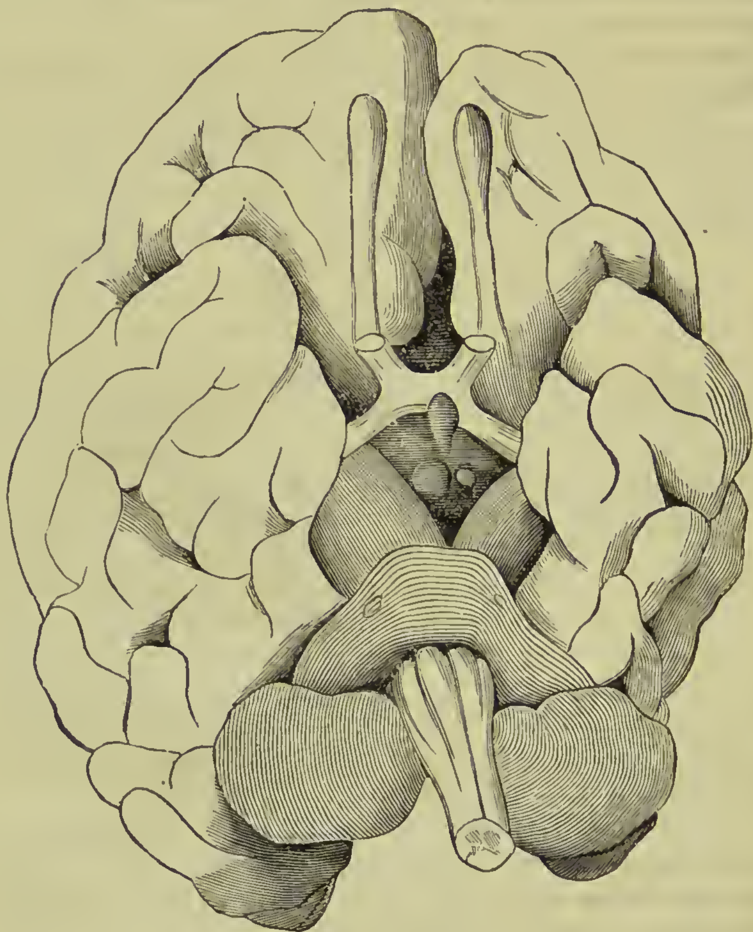


Fig. 3.

Hémisphère gauche. — Les *circonvolutions* de la *face externe* présentent dans leur ensemble la même atrophie que celles de la face inférieure où les différences de volume d'un côté à l'autre sont plus accentuées et plus frappantes que partout ailleurs. Néanmoins, on constate aisément que certaines circonvolutions

ont subi une atrophie ou un arrêt de développement beaucoup plus prononcé que les autres, de telle façon qu'elles paraissent avoir attiré à elles les parties normales.

On peut également se rendre compte que les circonvolutions diminuées de volume ont une consistance beaucoup plus ferme que les circonvolutions normales; elles sont rénitentes, indurées, et donnent la sensation de caoutchouc.

Les circonvolutions atrophiées indurées sont les suivantes (*Fig.* 4).

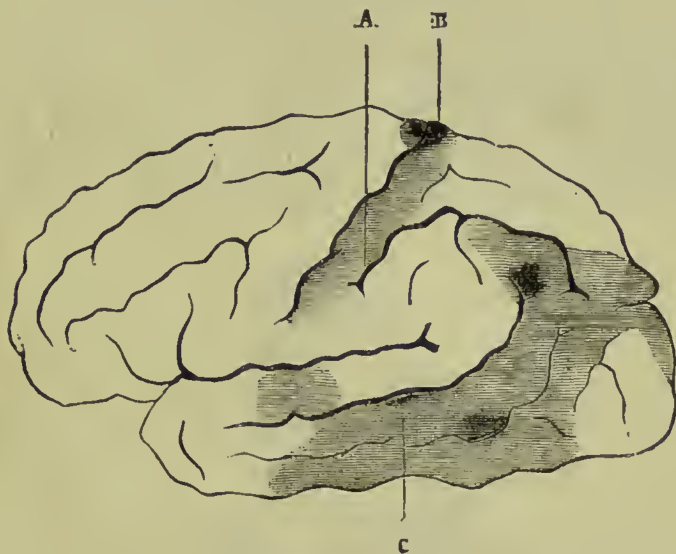


Fig. 4. — *Face externe de l'hémisphère gauche.* — Les parties teintées en gris étaient le siège de l'atrophie et de la sclérose. Les points de cette figure qui sont le plus foncés sont ceux où la lésion était le plus accentuée.

Face externe. — 1° La *pariétale ascendante* (*Fig.* 4, A. B.), dans toute son étendue; au niveau de la scissure inter hémisphérique l'induration dépasse en avant le sillon de Rolando et s'étend au sommet de la *circonvolution frontale ascendante*, dans la région correspondant au lobule paracentral (*Fig.* 4, B);

2° Le *lobule pariétal inférieur* dans sa partie postérieure seulement et le *pli courbe*; à partir de celui-ci, l'atrophie s'étend en arrière jusqu'à la scissure occipitale, mais n'intéresse pas l'extrémité du lobe occipital;

3° Les deuxième et troisième circonvolutions sphéno-tempo-

rales (*Fig.* 4, C); la première n'est atrophiée et indurée que dans une faible partie de sa région moyenne.

Face interne : le *lobe paracentral* tout entier est atrophié et fortement sclérosé; le *lobe carré* est également altéré dans toute son étendue, mais l'induration y est moins prononcée que dans le lobule paracentral. Une petite portion du *coin* seulement est atrophiée. La *circonvolution de l'hippocampe* offre la même altération mais à un faible degré.

Coupe pratiquée au niveau des parties sclérosées de l'hémisphère gauche. — Les circonvolutions indurées et sclérosées ont conservé la coloration grise de l'écorce et la coloration blanche de la substance sous-jacente; mais entre ces deux substances, on remarque une bandelette jaunâtre dont la coloration tranche nettement avec celle de la substance corticale grise. Ces bandelettes constituées par un tissu induré ont une épaisseur d'environ un millimètre à un millimètre et demi; elles suivent

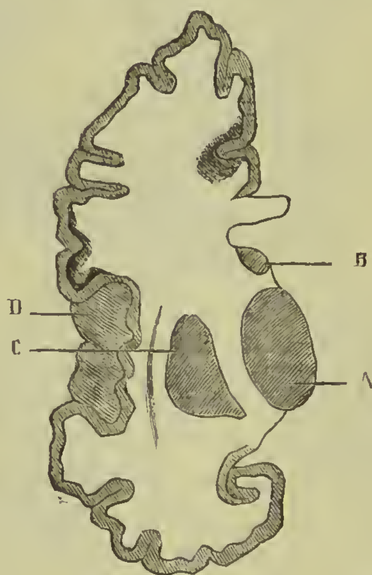


Fig. 5. — *Coupe pariétale dans le lobe gauche.* — On voit à la partie interne et à la partie externe deux bandelettes grises situées entre la substance blanche du centre ovale; elles représentent l'induration des circonvolutions atrophiées.

exactement tout le trajet des circonvolutions dont on a constaté l'induration à la face externe de l'hémisphère. Elles sont plus épaisses et d'une consistance plus dense dans les circonvolutions

des régions motrices où l'atrophie est le plus prononcée. Quelques-unes s'étendent dans le centre ovale, à un centimètre de profondeur, de manière à dépasser sensiblement l'épaisseur d'un millimètre qui vient de leur être assignée. — Les *noyaux gris centraux* n'ont subi aucune altération appréciable (*Fig.* 5.)

Thorax.— Le *poumon droit* est fortement rétracté dans la gouttière vertébrale où il est adhérent. Masses caséeuses des deux tiers supérieurs.— Au sommet du *poumon gauche,* petite caverne et masses caséeuses. — *Cœur* : 130 gr., sain.

Abdomen. — *Estomac*, *foie* (900 gr.), *rate* rien. Ampoule rectale dilatée par un amas de matières fécales, dures, remontant jusque dans l'S iliaque. Le *gros* intestin est rétréci dans presque toute sa longueur. — *Ganglions* mésentériques, péritoine, ovaires, etc., sains. — La substance corticale des *reins* est un peu décolorée.

Parfois, ce sont là les seules lésions pouvant être décrites comme *primitives*. Est-on en présence alors d'une sclérose spontanée avec atrophie nerveuse consécutive (1) ? Cette interprétation ne fait que reculer la difficulté, et il faut toujours en venir à se demander pourquoi cette hyperplasie conjonctive ?

Ailleurs, le processus scléreux paraît avoir succédé manifestement à une altération préalable des circonvolutions. Dans certains cas, en effet, on a rencontré, sur une ou plusieurs de celles-ci, paraissant avoir été altérées les premières, de *véritables plaques jaunes, ocrées*, et variablement *déprimées* (2). Nous avons pu observer nous-même sur un de nos cerveaux (Obs. XV) une *petite dépression* d'environ 5 millim. de diamètre sur la partie moyenne de la première circonvolution frontale. Cette dépression avait l'aspect d'un *ancien*

(1) Cotard. — *Loc. cit.*, Observation XXXV.
(2) Cotard. — *Loc. cit.*, Observation XXXIV. — Bourneville. — *Gazette médicale*, nos 50 et 51 ; observation de Laul...

foyer avec infiltration celluleuse. Ces plaques étaient-elles consécutives à un foyer de ramollissement? Seraient-elles le mode de terminaison de certaines formes d'encéphalite décrites par M. Hayem (3)? C'est à la première opinion que paraît se rattacher M. Cotard.

L'observation que nous rapportons ici offre un bel exemple d'atrophie cérébrale partielle avec sclérose. Cette sclérose est-elle spontanée ou consécutive au petit foyer mentionné? Nous n'oserions le décider.

Observation XV.

Sommaire. — *Grand-père maternel ; excès de boisson. — Convulsions à 6 mois ; idiotie consécutive. — Etat de mal avec prédominance des convulsions à droite (à 2 ans). — Hémiplégie consécutive. — Mort dans la période grave de l'Epilepsie. — Atrophie cérébrale de l'hémisphère gauche avec localisation en arrière du lobe paracentral.*

Toura... (Charles-Jules), âgé de treize ans, est entré à Bicêtre (service de M. Bourneville), le 8 février 1882.

Antécédents. (Renseignements fournis par la mère du malade). — *Père,* 40 ans, lors de la naissance de l'enfant qui n'est pas légitime, mécanicien habile, intelligent, sobre, bien portant. Aucun renseignement sur sa famille.

Mère, 52 ans, actuellement épinglière, puis femme de ménage, intelligente, sobre, bien portante, n'a pas eu de convulsions, n'est pas nerveuse. [*Père,* meunier, quelques *excès de boisson,* assez calme, mort de phthisie professionnelle. — *Mère*, aucun accident nerveux, morte à 55 ans, « de son retour d'âge » (?) — Un *frère* en bonne santé ainsi que son enfant. — Six *sœurs* bien portantes ayant de nombreux enfants dont aucun n'a eu de convulsions. Pas d'antécédents nerveux héréditaires, ni de sujets mal formés dans la famille.]

---

(3) *Etudes sur les diverses formes d'encéphalite* (*Thèse de Paris,* 1868).

Pas de consanguinité.

Un enfant, *notre malade : Grossesse* bonne, *impressionnabilité très grande pour les orages et les éclairs* ; *accouchement* naturel et à terme. Charles a été nourri par sa mère qui ne l'a sevré qu'à 27 mois. La *première dent* n'est sortie qu'à 15 *mois. Jamais il n'a parlé* ; il est devenu relativement propre et demandait le vase par une sorte de « grognement ». Vers 10 *ans*, il a *marché* seul pendant trois mois, mais peu à peu il a désappris, et ne marche plus qu'en donnant la main. Il ne bavait pas, ne se balançait pas, ne criait pas, ne grinçait pas des dents, mais avait l'habitude de mettre ses mains dans la bouche. Pas de mauvais instincts, il paraissait pourtant intelligent quoique très en retard et il « comprenait tout. » C'est à *six mois* qu'ont apparu les *premières convulsions*, qui furent généralisées et durèrent dix minutes environ. Elles se renouvelèrent *quotidiennement* pendant six semaines, puis ne reparurent plus que *tous les mois*. Charles avait deux ans, lorsqu'il fut pris d'une sorte *d'état de mal* qui dura de une heure après-midi à une heure du matin, et dans lequel *les convulsions auraient incontestablement prédominé du côté droit*. Après cette crise, *il cessa de paraître intelligent*, il eut « quelque chose de forcé dans les yeux et dans la tête ». Enfin, il cessa de se *servir du bras droit*, et la *jambe droite devint manifestement moins forte*. Par la suite, les crises convulsives reprirent leur cours, revenant tous les mois; alors le maximum des accès, en un jour, a été de trois. Depuis le 25 janvier, les accès ont augmenté de fréquence et se sont renouvelés jusques à *quinze fois* par jour, si bien que la mère s'est résignée à le placer dans un asile. A la maison, son caractère était affectueux il reconnaissait sa mère ; il jouait avec des joujoux, tranquillement assis sur sa chaise, en se servant toujours de la main gauche. Jamais il ne s'est blessé dans ses accès ; rien ne faisait prévoir leur début.

Charles a eu la *rougeole* à trois ans, et de fréquentes *otites* légères à gauche. Le traitement a consisté en bains et en un peu de bromure de potassium.

Etat actuel. — Tête symétrique, la région pariétale est déprimée à gauche.

Diamètre antéro-postérieur.	0.16 cent.
Diamètre bi-pariétal	0.12 cent.
Circonférence.	0.49 cent.

Face, assez régulière et ovale. — *Front* bas, fuyant ; bosse frontale droite plus saillante que la gauche qui est un peu aplatie ; arcades sourcilières déprimées. Egal développement des *apophyses malaires*. — Fentes palpébrales égales ; iris bruns ; pupille gauche plus dilatée. — *Nez* aquilin, légèrement dévié à droite. — *Bouche* moyenne ; maxillaires supérieurs réguliers ; à l'inférieur, il semble que l'angle est plus accusé à gauche. — *Voûte palatine* symétrique, peu profonde ; voile et ses dépendances normaux. — *Oreilles* grandes, lobules détachés. — *Menton* pointu.

Cou bien conformé. — *Thorax* un peu déformé : saillie prononcée du sternum au niveau de l'appendice xiphoïde, voussure des cartilages costaux du côté droit, dépression des cartilages correspondants à gauche.

Membres supérieurs. — Egalement développés à première vue, longs, très grêles ; *aucun mouvement du membre droit*, qui reste *invariablement dans la demi-flexion*, avec la main en *pronation forcée*.

Membres inférieurs. — Le membre droit ne paraît pas sensiblement atrophié ; la jambe est légèrement *fléchie* sur la cuisse et on éprouve une grande difficulté pour l'étendre, le *genou est raide*, le pied droit est *dans l'adduction*. Tourn..... remue dans son lit la jambe gauche, mais le *membre droit reste absolument immobile*.

Organes génitaux : bien conformés, gland découvert, testicules descendus. Pas d'onanisme constaté.

Peau : Cheveux chatains foncés assez abondants, sourcils et cils de même couleur ; léger duvet sur la lèvre supérieure ; corps et membres glabres ; poils assez abondants et assez longs au pubis. — Aucune trace de cicatrice ni d'abcès ; eschares dans le dos et sur la fesse consécutives au décubitus.

Digestion : Appétit habituel et non capricieux ; pas de vomissement ni de météorisme ; selles quotidiennes ; pas de salacité ; grand gâteux. — *Circulation* : Battements du cœur réguliers, aucun bruit morbide. — *Respiration* ; sonorité thoracique, pas de râles.

Sensibilité générale: Conservée dans ses divers modes ; ne paraît pas affaiblie à droite. — T. ... *voit*, *entend*, perçoit évidemment les *odeurs* et les *saveurs*, mais il est impossible d'apprécier la qualité de ces divers sens.

Intelligence. — Depuis son entrée, Charles ne quitte pas le lit;

il ne prononce pas un mot, ne rit jamais, balance sa tête à droite et à gauche, bave continuellement. Il pousse des cris plaintifs si on veut le retourner d'un côté ou d'un autre; pas de grincement de dents ni de succion. Il s'amuse à agiter *de la main gauche* une petite cuiller suspendue à son cou par un cordon. Il ne laisse voir *aucune lueur d'intelligence, ne reconnaît même* pas sa mère, et ne s'anime que pour manger. Le *sommeil* est bon.

Marche de la maladie. — Depuis l'entrée de Charles dans le service, les accès ont été excessivement fréquents, ainsi qu'on pourra le constater sur le tableau suivant :

	Jour.	Nuit.		Jour.	Nuit.
8 février	35	26	20 février	10	12
9 —	15	7	21 —	10	10
10 —	12	10	22 —	12	3
11 —	10	5	23 —	15	14
12 —	12	9	24 —	10	15
13 —	10	3	25 —	15	9
14 —	6	2	26 —	15	8
15 —	12	5	27 —	6	
16 —	12	6	28 —	6	
17 —	8	8			
18 —	10	8	Totaux	249	164
19 —	8	8			

C'est-à-dire, en réunissant les accès de nuit et de jour, 413 accès en vingt jours. Les crises étaient trop fréquentes pour qu'on puisse en reconnaître les prodromes éloignés. Une faible plainte, un cri étouffé, en annonçaient souvent le début, qui, d'autrefois, était absolument silencieux. Dans la phase de *tétanisation*, la tête s'inclinait à droite et le tronc à gauche, la face devenait livide, on ne sait si la rigidité prédominait à droite. Les *secousses cloniques* étaient souvent limitées aux bras : elles commençaient d'abord au bras droit, qui était le plus raide et le plus agité, puis, elles envahissaient ensuite le bras gauche. D'autres fois, elles se généralisaient, mais toujours avec *prédominance du côté droit*, par lequel elles *débutaient* et qu'elles *quittaient en dernier*. A la fin de la crise, issue par la bouche d'une écume jaunâtre, *stertor* peu prolongé, à la suite duquel Charles soulevait plusieurs fois de suite son bras paralysé.

Jusqu'au jour de la mort, la température rectale prise avec soin, a donné des chiffres oscillant autour de 38°. Le 28 février, elle s'éleva à 41°,2, le malade était véritablement agonisant, sans

qu'on puisse trouver aucune autre cause que le grand nombre de ses accès du mois. Il mourut, en effet, à une heure de l'après-midi. — T. R., *post mortem* 42°,4.

AUTOPSIE, le 1er mars. — *Cuir chevelu*, assez épais. — *Crâne* très dur; paroi osseuse très épaisse. — *Base du crâne asymétrique*, la moitié droite est plus développée que la moitié gauche, les saillies et les dépressions y sont plus accusées. — *Dure-mère* normale. — Peu de *liquide céphalo-rachidien*. — *Pie-mère* en général congestionnée.

Encéphale : 830 gr. L'hémisphère droit pèse 140 gr. de plus que le gauche et paraît de suite plus volumineux. La mensuration confirme le fait et donne :

	Droit.	*Gauche.*
Longueur de l'hémisphère.	16	14.5
Largeur —	5 5	4
Hauteur —	9.5	7.3

Les deux nerfs olfactifs paraissent à peu près égaux. Le *nerf optique*, le *chiasma*, les parties voisines sont moins développés du côté gauche.

Hémisphère droit : de consistance assez ferme.

Face convexe, (Pl. I, *fig.* 1). — Circonvolutions frontales bien plissées, sillon de la première peu profond; ceux de la deuxième et de la troisième le sont beaucoup au contraire. Circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, régulières; sillon de Rolando profond. Le lobule de l'insula et ses cinq digitations sont très distincts; les lobes pariétaux, supérieur et inférieur, le pli courbe, sont très plissés et séparés par des sillons très profonds. Le lobe occipital est passablement plissé; mais deux des circonvolutions sont comme *soudées*; on dirait que le sillon intermédiaire est *en voie de formation*. Les trois circonvolutions temporales sont peu plissées.

Face interne, (Pl. I, *fig.* 2). — Première circonvolution frontale normale; circonvolution du corps calleux peu plissée; sillon calloso-marginal assez profond; lobe paracentral très développé, ainsi que le lobe carré et le coin qui sont très plissés. Ventricule latéral non dilaté; corps opto-strié bien développés.

Face inférieure. — Rien de particulier.

Hémisphère gauche. — Pris dans son ensemble, toutes *les circonvolutions sur les diverses faces sont atrophiées.*

Face convexe, (Pl. II, *fig.* 1). — Les trois circonvolutions frontales ont leur racine distincte, sont étroites en avant, assez sinueuses, séparées par des sillons relativement assez profonds. Sur la partie moyenne de la première frontale, se voit une *petite dépression* de cinq millimètres de diamètre, au fond de laquelle existe une petite saillie de trois millimètres. On dirait un pois enfoncé dans la substance cérébrale. Dans sa moitié antérieure, cette petite dépression a l'aspect d'un *ancien foyer* avec infiltration celluleuse. Les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes sont assez bien développées par rapport aux autres, mais sont notablement *plus petites que celles du côté opposé*. Les plis pariétaux supérieur et inférieur sont très plissés, mais *atrophiés*. On note aussi une *diminution de volume* du pli courbe, du lobe occipital, des circonvolutions temporales, mais ces diverses régions sont bien plissées et séparées par des sillons très profonds. Le lobule de l'insulat est aussi net que celui du côté opposé.

Face interne (Pl. II, *fig.* 2). — Toutes les circonvolutions existent. La première frontale, la circonvolution du corps calleux sont régulières et uniformément *amaigries*. Le lobule paracentral est *atrophié* et *irrégulier*, son bord inférieur est coupé par deux sillons; son sillon central vertical est tout à fait superficiel. Le lobe carré présente une atrophie beaucoup plus considérable encore; il semble que *l'arrêt de développement prédomine là par rapport aux autres régions*. A ce niveau le tissu est *plus ferme*, *plus blanc*. Si on rapproche *l'aspect dur et atrophié* de cette région, du même aspect qu'on note sur le lobule pariétal inférieur et sur le pli de passage qui l'unit au pied de la pariétale ascendante, sur le pli courbe, sur les racines des trois frontales, on dirait alors qu'il existe *une bande de deux à trois centimètres de largeur partant du bord inférieur du lobe carré*, *remontant vers le bord supérieur de l'hémisphère*, *redescendant sur la face convexe*, *puis sur la face inférieure du lobe temporo-occipital :* sur cette sorte de bande les circonvolutions sont *plus atrophiées*, *plus blanches*, *plus fermes*. Toutefois cette partie lésée *n'a nulle part l'aspect vermicelliforme*. Le coin, le lobe occipital sont amaigris, mais dans les mêmes proportions que les circonvolutions antérieures. La cavité ventriculaire est relativement petite; le corps opto-strié la corne d'Ammon sont sains.

Le pédoncule cérébral gauche paraît, sur une coupe, *moins large que le droit* quoique aussi long; il est *moins arrondi* surtout à sa partie postérieure, au niveau des tubercules quadrijumeaux.

Les deux moitiés de la *protubérance* semblent égales, sauf

peut-être que la partie antérieure gauche serait moins arrondie. Egalité des pyramides, des olives, etc.

L'hémisphère cérébelleux droit est beaucoup *plus petit que le gauche.*

Thorax. — Pas de liquide dans les plèvres, aucune trace d'adhérences; aucune autre chose que de la congestion dans les *poumons.* — *Cœur,* normal, aucune lésion d'orifices, pèse 180 gr. — *Aorte,* saine,

Abdomen. — *Foie,* 990 gr., tissu normal, ni kyste, ni calculs, — *Rate,* 125 gr., tissu ferme. — *Reins,* faciles à décortiquer; le droit pèse 105 gr., le gauche 110 gr. — *Estomac et intestins,* rien. — *Vessie,* normale.

Nous avons relaté jusqu'ici ce qu'on rencontre le plus souvent, ce que nous avons été à même de constater nous-même. Mais nous ne devons pas passer sous silence deux ou trois observations de la thèse de M. Cotard, où, chez des malades ayant évolué à peu près comme les notres, on a trouvé d'autres lésions encore.

Nous lisons (Obs. XII) (1): « Hémisphère gauche beaucoup plus petit; arachnoïde épaisse, opaque; à la partie postérieure de la face supérieure de cet hémisphère, dépression considérable... où la substance du cerveau est convertie en une sorte de tissu cellulaire infiltré de sérosité, sur une épaisseur qui atteint le ventricule, dont la paroi supérieure n'est que de trois lignes. » Dans une autre (Obs. XIII) (1): « Destruction d'une portion considérable de l'hémisphère gauche. Vers le milieu de la face externe, excavation de 4 centim. de profondeur sur 3 de largeur, étendue de la scissure de Sylvius, au fond de laquelle on ne voit plus le groupe du lobule de l'insula, jusqu'à un pouce de l'extrémité du lobe cérébral postérieur. Cette cavité, en forme de kyste, remplie de sérosité, se trouve au niveau de l'étage supérieur du ventricule, qu'elle contourne sans communiquer avec lui.

(1) Cotard. — *Loc. cit.*

Les parois sont formées par les circonvolutions réduites à l'état d'une masse composée de tissu cellulaire lâche, infiltré de sérosité, où on ne trouve plus trace de substance cérébrale... Les méninges adhérentes achèvent cette sorte de kyste..., etc. » On pourrait encore citer l'Observation XXIV du même auteur, comme offrant des lésions analogues.

En résumé : 1° Il est légitime de regarder l'épilepsie hémiplégique infantile comme une épilepsie symptomatique ; 2° les lésions intéressent les régions corticales ; 3° ces lésions sont le plus souvent une atrophie de tout ou partie d'un hémisphère, avec amaigrissement et sclérose des circonvolutions correspondantes ; 4° cette sclérose peut être consécutive à d'autres lésions préalables, mais le plus souvent elle paraît spontanée ; 5° les noyaux centraux sont toujours sains.

Lésions secondaires.

Lorsque les accidents qui doivent amener l'atrophie partielle surviennent avant le développement complet du crâne, on comprend que ce développement puisse être modifié, de façon à ce que le contenant s'adapte au contenu. Nous avons souvent noté, dans nos observations, un volume moindre pour la demi-circonférence de la calotte correspondant à l'hémisphère atteint, et aussi parfois une saillie moins considérable, une sorte d'aplatissement des diverses régions de la même moitié du crâne. A l'ouverture de la boîte crânienne, on retrouve souvent une disposition analogue ; chez Tourn... (Obs. XV), la base du crâne était *asymétrique*, la moitié gauche (correspondant à l'hémisphère atrophié) était moins développée que la moitié droite. On trouvera aussi dans notre XVIe Observation, une description très détaillée de *déformations*

multiples de la base du crâne, lesquelles suivent, en général, assez exactement les déformations cérébrales. Souvent encore, on note, du même côté, une épaisseur plus considérable de la paroi osseuse, et il semblerait volontiers dans ces cas que, comme l'avait déjà pensé M. Cotard, la diminution de capacité du crâne se serait faite par une sorte de retrait de la table interne.

Il est rare que la quantité du *liquide céphalo-rachidien* soit augmentée. Cela pourrait pourtant se rencontrer dans les cas où les modifications cérébrales seraient survenues postérieurement au développement complet de la boîte osseuse. Dans ce cas, le liquide viendrait combler les vides créés par le retrait de l'hémisphère. Rien n'est plus variable que l'aspect des membranes d'enveloppe. Souvent on ne note rien sur la *dure-mère*, qui d'autres fois paraît plus ou moins *épaissie* du côté lésé. D'habitude, la *pie-mère* est très peu injectée, sauf dans le cas où le malade a succombé à des accès répétés ; alors elle offre parfois au niveau des lésions de véritables taches ecchymotiques et un certain degré d'épaississement.

On sait que, d'après Türek, il existe des *dégénérations secondaires*, non seulement après les lésions des masses centrales et de la capsule interne, mais aussi à la suite de certaines lésions corticales. M. Charcot, précisant davantage, a reconnu que c'est à la suite des lésions *des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes* qu'on voit survenir ces *dégénérations secondaires d'origine corticale*. On ne s'étonnera donc pas de rencontrer presque constamment, malgré l'intégrité des masses centrales, le *pédoncule cérébral* correspondant à l'hémisphère lésé, plus étroit, moins bombé, atrophié ; la moitié correspondante de la *protubérance*, plus petite, plus aplatie; la *pyramide antérieure* du même côté atrophiée; le *cordon latéral opposé de la moelle* envahi par une *sclérose se-*

condaire. Mais le fait suivant reste encore inexpliqué : dans deux de nos observations (Obs. XV et XVI) nous avons noté d'une façon très nette, une *atrophie croisée du cervelet*. Dans ces cas, l'hémisphère cérébelleux lésé pesait moins que son congénère, offrait des dimensions inférieures, était aussi plus ferme au toucher, résistait à la coupe et paraissait induré. M. Cotard, qui a aussi observé ce fait, n'est pas moins embarrassé pour l'expliquer. Il se demande si, « au cas où le lobe gauche du cervelet, par exemple, serait en rapport avec la coordination des mouvements du côté gauche du corps, une lésion de l'hémisphère droit du cerveau frappant de paralysie les membres gauches ne priverait pas également de ses fonctions le lobe gauche du cervelet et n'y amènerait pas de lésions atrophiques analogues à celles des organes privés de leurs fonctions. Ou bien si, vu la concomitance presque constante des lésions du cervelet et de la moelle, l'atrophie du cervelet ne serait pas en rapport avec celle de la moelle (1). » Quoi qu'il en soit, la fosse cérébelleuse se rétrécit en proportion.

On pourra retrouver dans l'observation suivante la plupart des lésions secondaires sur lesquelles nous venons d'insister.

---

(1) Cotard. — *Loc. cit.*, page 78.

Observation XVI.

Sommaire — *Mère, nerveuse. — Grand'mère maternelle et tante attaques de nerfs. — Enfant arriérée, convulsions internes. — Premières convulsions à 16 mois. — Hémiplégie. — Abcès sur les membres paralysés. — Epilepsie partielle. — Description d'accès. — Tuberculose pulmonaire. — Mort. — Atrophie cérébrale. — Atrophie croisée du cervelet. — Dégénérescences secondaires.*

Til..., Jeanne, née à Paris, était âgée de 16 ans à son entrée à la Salpêtrière (service de M. Delasiauve), le 17 février 1855.

Renseignements fournis par sa grand'mère (16 décembre 1876.) — *Père*, on ne sait s'il est vivant, on ignore tout ce qui le concerne ; il n'était pas marié. — *Mère*, corsetière, partie pour Londres il y a 7 ans ; elle était bien portante, mais nerveuse, sans attaques toutefois ; on n'a plus de ses nouvelles ; pas de maladies de peau ; elle était saine. [*Père*, 69 ans, santé excellente. — *Mère*, 68 ans, bien portante, très nerveuse, aurait eu des attaques de nerfs qui se montraient à la suite de contrariétés. — Une *tante* maternelle de la malade aurait de temps en temps des attaques de nerfs qui surviendraient principalement après des émotions et à l'époque des règles. — Ni aliénation, ni paralysies, ni migraine dans la famille. — Pas de consanguinité.]

La mère de Jeanne avait 22 ans quand elle est devenue enceinte. Elle a dissimulé sa grossesse autant qu'elle a pu et a cessé de voir ses parents durant les derniers mois. L'accouchement a été régulier.

L'enfant a été mise en nourrice. Quand elle est revenue, à 13 mois, elle ne marchait ni ne parlait, et ne semblait pas comprendre. En la rendant, la nourrice déclara que Jeanne avait parfois des mouvements nerveux, que ses yeux tournaient. Elle aurait dit n'avoir pas observé de grandes convulsions. On s'aperçut bientôt que l'enfant se servait toujours de préférence du bras gauche, que le bras droit restait pendant, était flasque, que la main droite était fermée. La santé générale était bonne.

A 16 mois, on constata les *convulsions* pour la première fois. Depuis lors jusqu'à 3 ans et demi, les accès revinrent à peu près toutes les semaines. Jeanne commença à marcher vers cette époque ; elle s'avançait sur la pointe du pied, et on assure que, à cet âge, il n'y avait pas de différence de volume entre les deux jambes.

De 3 ans et demi jusqu'à 10 ans, les accès ont continué, en devenant plus fréquents. L'enfant prévenait, se plaignait de souffrir au creux de l'estomac, elle disait : « Maman, j'ai du mal ! » La face devenait très-pâle, la connaissance disparaissait, la tête se tournait et le corps devenait raide. Pas de cris, pas d'écume ni de morsure de la langue, ni de miction involontaire. Après l'accès, elle avait durant une demi-heure un tremblement des membres du côté droit. — Quelquefois même, sans avoir eu d'accès, elle avait des mouvements convulsifs, que l'on qualifie d'*agitation*, dans la jambe et le bras du côté droit.

Rougeole à 3 ans ; aucune manifestation scrofuleuse. A 10 ans (1870), *sept abcès* se sont développés sur le pied et la jambe paralysés. Des incisions ont été pratiquées ; il n'est pas sorti de fragments d'os. Rien de pareil sur le reste du corps. On ignore si cet accident a modifié les accès. On se rappelle seulement qu'ils ont persisté durant la suppuration. — Ces abcès auraient exercé une certaine action sur le caractère de l'enfant qui, très douce, affectueuse, facile à mener auparavant, serait devenue méchante, violente et difficile à conduire.

De 10 à 14 ans, les accès venaient plus d'une fois par semaine et c'est surtout durant cette période que la main a pris l'attitude qu'elle a aujourd'hui, que la différence entre les membres du côté droit et ceux du côté gauche s'est accusée, enfin que le pied s'est déformé. Les phénomènes de l'aura auraient diminué vers 13 ou 14 ans. T... se sentait moins et il lui est arrivé — ce qui n'avait pas eu lieu jusqu'alors — de tomber dans la rue et de se blesser à la figure ou à la tête ; jamais de morsure de la langue ; deux fois seulement on aurait observé de l'écume. Le cri initial est exceptionnel.

Après l'accès, un jour, elle a mordu le doigt d'une de ses tantes qui, ne la croyant pas suffisamment revenue à elle, s'opposait à ce qu'elle sortît ; d'autres fois, menaces à son grand' père et toujours parce qu'elle voulait s'en aller, aimant beaucoup à aller causer chez les voisins.

On assure que T... était intelligente de 4 à 10 ans, qu'elle avait de la mémoire, apprenait facilement des fables, etc. L'intelligence aurait commencé à baisser à partir de 12 ans et surtout de 14 ans. De temps en temps, on remarquait de l'égarement ; elle répondait tout de travers aux questions qu'on lui posait. Souvent, elle se plaignait de douleurs à la tête, qui était brûlante sur toute son étendue. C'est à ces douleurs qu'on attribue l'appauvrissement de sa chevelure qui, auparavant, était, dit-on, magnifique.

Réglée à 14 ans, sans le moindre accident, les règles ont été régulières jusqu'à son admission à la Salpêtrière. A l'approche des règles, elle devenait plus colère et les accès étaient plus nombreux. Durant l'écoulement sanguin, elle était calme, même alourdie. Les fonctions digestives, circulatoires, cutanées, etc., n'ont jamais offert de dérangement.

Depuis qu'elle est à la Salpêtrière, T..., aurait maigri ; les accès auraient augmenté. L'*attitude des membres paralysés*, l'*intelligence* n'auraient subi aucune modification appréciable.

Traitements antérieurs : belladone, iodure de potassium, sirops antiscorbutique, d'iodure de fer ; toniques, bromure de potassium.

1877. 1er *juin*, *Bromure de sodium*, 1 gr. – 5 *juillet*, 2 gr. — 7 *juillet*, 3 gr. — 10 *juillet*, 5 gr. — 13 *septembre*, on n'a rien noté de particulier, si ce n'est que T... aurait un peu moins d'appétit.

14 *septembre*, purgatif. — 15 *sept.*, 2 cuillerées de sirop de bromure de sodium, soit 2 gr. — 20 *sept.*, 4 gr. — 1er *octobre*, 6 gr.

Accès. — Voici ce que nous avons appris sur ce sujet. T... appellerait l'infirmière, dirait : Marie ! Marie ! Je suis mal... ! Je suis mal... ! Et il s'écoulerait un temps assez long pour que l'on puisse venir à son secours. Elle montre l'épigastre, comme si elle souffrait dans cette région. — Elle ne se blesserait jamais. — Dans les accès, la tête se porterait à droite, les convulsions seraient beaucoup plus fortes dans les membres paralysés, et il paraît qu'elles prédominent dans le bras. — Jamais les accès n'ont été suivis de délire.

1878. *Janvier.* — Tête petite ; front médiocrement élevé ; bosse frontale droite un peu plus saillante que la gauche. Sur celle-ci, il existe une tache érectile qui occupe également tout le sourcil correspondant. — Les plis du front sont égaux. Les

arcades sourcillières sont les mêmes. — L'ouverture palpébrale gauche est un peu plus petite que la droite. Les pommettes sont égales. — Le sillon naso-labial droit est effacé ; le gauche est accentué, principalement quand la malade parle ou rit. — La bouche est petite. — Les lèvres sont de moyenne épaisseur; les dents sont régulièrement disposées; une seule fait défaut. — La langue est déviée à gauche. La voûte, le voile et les piliers du palais sont symétriques. La percussion de la tête n'est nulle part douloureuse.

Membre supérieur droit. — Attitude habituelle : le bras est accolé au thorax, l'avant-bras est à angle droit sur le bras, appliqué sur la poitrine, au-dessous du sein. La main forme un crochet dont l'ouverture est très étroite. — Elle est comme le bras, dans la pronation. L'épaule est très rigide ; on parvient à placer le bras à angle droit avec le tronc en provoquant des craquements et de la douleur. — Le coude est rigide; on arrive à étendre l'avant-bras incomplètement et en faisant souffrir la malade. La flexion complète est possible. — Quant au poignet, c'est à peine si on peut mettre la main à angle droit. Les fléchisseurs des doigts sont extrêmement contracturés.

La malade, qui tient d'ordinaire les doigts infléchis, est capable de les étendre dans une mesure très restreinte. Elle étend mais imparfaitement, l'avant-bras. — Les mouvements spontanés du bras sont encore plus limités.

	Droit.	*Gauche.*
Circonférence du bras au-dessous de l'aisselle. . .	18	21.5
— à 10 c. au-dessus de l'olécrâne. . . .	17	18.5
— à 10 c. au-dessous de l'olécrâne . .	12.5	19
— du poignet	11	13
— du métacarpe.	12.5	15
Distance de l'acromion à l'olécrâne	27	29.5
— de celle-ci à l'apophyse styloïde du cubitus.	20	22
— de celle-ci à l'extrémité du médius. . . .	13	14.5
Longueur de la clavicule.	10	11
Circonférence du thorax.	32	3

Au palper, les seins ne paraissent pas différer de volume. Le droit est peut-être plus mou que le gauche, circonstance due probablement à la pression constante de l'avant-bras.

Membre inférieur droit. — Raideur de la hanche et du genou ; rigidité du cou-de-pied. Le pied est en varus équin; il est en

quelque sorto carré, ramassé sur lui-même. Le gros orteil est dans l'oxtension. La malado exécuto la plupart des mouvements; ceux du pied sont plus eirconscrits. Pas de trépidation spontanéo ou provoquée. — Les orteils à droite, sont rouges, cyanosós, et plus froids qu'à gauche.

	Droit.	Gauche.
Circonférence de la cuisse au niveau du pli de l'aine	37	39
— à 10 c. au-dessus de la rotule.	31	33
— de la jambe à 10 c. au-dessous de la de la rotule.	23	25.5
— au niveau des malléoles.	16	17
— du métatarse	19	20
Distance de l'épine iliaque anté. et sup. à l'extrémité sup. du tibia	41	42.5
— de celle-ci à la malléole externe	33	37
— de celle-ci à l'orteil médian	14	15.5

T... marche en détachant assez facilement le pied du sol. D'habitude, elle s'avance sur la pointe du pied; quelquefois pourtant, le pied s'appuie entièrement. Elle marche en fauchant (à droite) et fléchit plus de la jambe paralysée que de l'autre.

La *colonne vertébrale* présente une déviation à concavité droite de la nuque aux lombes. — L'épaule droite est plus élevée que la gauche. — Le pli fessier est abaissé à droite.

La *sensibilité générale* est conservée dans ses divers modes. L'*ouïe*, la *vue*, etc., paraissent intactes. — La *parole* est embarrassée, peu développée : il est des mots que T... prononce mal; d'autros qu'elle est impuissante à dire. Elle parle souvent en serrant les dents : *tamisole* pour *camisole*, — *tatouiller* pour *chatouiller*, etc. — Dans le jour, elle est propre; mais durant la nuit, qu'elle ait ou non des accès, elle gâte. — Elle mange seule, de la main gauche, sans voracité. Elle ne peut s'habiller. Elle passe son temps à coudre des ehiffons, à courir dans les cours; elle est curieuse et capricieuse, se fâche vite si on la contrarie.

Poids : 30 kilogr. — Taille : 1m44. — Les poils peu abondants aux aisselles, le sont beaucoup au pénil. — Pas d'onanisme?

T... a des accès et des vertiges ; voici la marche qu'ils ont suivie :

Années.	Accès.	Vertiges.
1875 (11 mois)	165	56
1876.	348	18
1677.	415	32
1878 (11 mois)	244	213 (1).

Novembre. — La malade est à peu près dans le même état ; les attaques et surtout les vertiges sont de plus en plus fréquents : deux à trois par jour en moyenne. T... est obligée de garder le lit ; elle a un peu de fièvre.

28 *nov.* — Matin ; T. R. 37°,9.

29 *nov.* — Matin : T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 38°, 2.

30 *nov.* — Matin : T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 37°,2.

1er *décembre.* — Depuis quelque temps, la malade mange moins et maigrit. — Rien à la *percussion* en avant, mais à l'auscultation, on entend des craquements secs et fins dans tout le sommet du poumon droit. — Au sommet gauche, en avant, frottements et gros râles. En arrière, matité aux deux sommets et mêmes bruits à l'auscultation. — Huile de foie de morue ; vin de quinquina ; sirop d'iodure de fer.

2 *déc.* — T. R. 37°,9. — *Soir* : T. R. 38°

3 *déc.* — *Matin et soir* ; T. R. 37°,4.

4 *déc.* — T. R. 37°,6. — *Soir* : T. R. 39°,5.

5 *déc.* — T. R. 37°,4. — *Soir* : T. R. 39°,2.

6 *déc.* — T. R. 37°,2. — *Soir* : T. R. 38°.

7 *déc.* — T. R. 37°,7 — *Soir* : T. R. 38°,7.

Petite *eschare* sur le grand trochanter droit; érythème symétrique de la région sacrée, avec une plaque noire et quelques petits points noirâtre circulaires au milieu (eschares au début). — *Soir* : T. R. 39°,2.

11 *déc.* — T... refuse absolument les médicaments. — T. R. 38°,2. — *Soir* : T. R. 39°.

12 *déc.* — T. R. 38°. — Submatité sous les clavicules, plus prononcée à gauche ; la respiration est dure ; gros râles humides

(1) Toute cette partie de l'observation a été publiée dans le mémoire de l'un de nous sur l'*Epilepsie partielle*. (*Iconographie photogr. de la Salpêtrière*, 1878, tome II, p. 53.)

et gargouillements à gauche et en arrière. La matité et les râles sont plus marqués à gauche. — *Soir* : T. R. 38°,2.

13 *déc.* — T. R. 37°. — La malade a beaucoup maigri. Poids : 26 kilog. — *Soir* : T. R. 38°,6. Sulfate de quinine, 0 gr. 40.

14 *déc.*— T. R. 38°,5. Les *eschares* de la région trochantérienne et de la région sacrée ont grandi; la malade défait le pansement à chaque instant.— Julep: ext. quinquina.— Sulfate de quinine. — Lait. — T. R. 36°,6.

15 *déc.* — T. R. 36° (?). — *Soir* : T. R. 40°. Diarrhée.

16 *déc.* — T. R. 38°,2. La diarrhée continue, elle est devenue séro-sanguinolente ; — les eschares grandissent. — *Soir* : T. R. 38°,8.

17 *déc.* — T. R. 38°. — *Soir* ; T. R. 38°,8.

Pendant la visite du matin, T... est prise d'un *accès* :

Tête déviée à gauche subitement, nystagmus transversal très accéléré ; face très congestionnée; mâchoire inférieure tirée à droite, rigidité des quatre membres. Cette période dure environ 20 secondes.

Puis, pâleur de la face: la mâchoire revient dans l'axe, la tête également. Le nystagmus cesse, les yeux deviennent hagards ; les membres entrent en résolution; anhélation.

Pas de stertor, seulement quelques gémissements plaintifs qui, d'ordinaire, durent environ une heure, au dire de la surveillante. Il n'y a pas eu de cri au début de l'attaque et la malade n'a pas averti.

18 *déc.* — T. R. 37°,2.— *Soir* : T. R. 38°,8. On remplace l'huile de foie de morue, que la malade refuse, par le *koumys* Edwards qu'elle boit sans trop se faire prier. — Sulfate de quinine. Les symptômes thoraciques persistent, plus accentués ; T... maigrit de plus en plus et perd ses forces. T. R. 38°. — *Soir* : T. R. 39°,2.

20 *déc.* — T. R. 39°. — *Soir* : T. R. 39°.

21 *déc.* — T. R. 38°,3. La malade a eu hier, vers 3 heures de l'après-midi, une défaillance qui a duré une heure. *Morte* le 22 à une heure du matin.

Autopsie le 23 décembre. — *Poumons.* — Pas d'épanchement dans les plèvres ; adhérences multiples sur tout le poumon gauche, plus solides au sommet. — A la coupe, le poumon gauche est farci de tubercules gris et jaunes ; quelques cavernes au sommet et le long du bord postérieur. — *Poumon droit*, mêmes lésions ; les cavernes y sont moins nombreuses et plus petites.

Cœur. — 240 gr.; les quatre cavités sont remplies de caillots mous ; rien aux valvules. — *Rate* : 90 gr., normale. — *Foie* : 830 gr., un peu gras; point de calculs dans la vésicule.— *Reins :* dr. 65 gr.; ga. 70 gr., normaux, la capsule se détache facilement. — Ovaire, vessie, rien.

Tête. — Os, rien, sauf la forme déjà signalée dans l'observation. Point d'augmentation du liquide céphalo-rachidien. — La *dure-mère* est très épaissie, surtout sur l'hémisphère gauche : elle présente là, à un centimètre en dehors du sinus longitudinal supérieur, une *plaque calcaire triangulaire*, qui recouvre le lobe pariétal et la partie postérieure du lobe frontal, sur ces mêmes points elle est très adhérente à la substance cérébrale; partout ailleurs on la détache facilement de l'encéphale.

Encéphale. — Poids : 980 gr. A première vue, on est frappé de la différence de volume qui existe entre les deux hémisphères : les mesures confirment le fait: la longueur de l'hémisphère gauche est de 14 centimètres et demi, celle de l'hémisphère droit de 17 centimètres.

L'*hémisphère cérébral gauche* pèse 320 gr. le *droit* 540 gr. — L'*hémisphère cérébelleux gauche* pèse 70 gr. et le *droit* 40 gr. L'hémisphère cérébelleux droit est beaucoup plus ferme au toucher que le gauche ; à la coupe, il résiste, paraît comme induré.

On détache la pie-mère, très injectée sur toute la convexité de l'hémisphère droit, plus injectée encore sur l'hémisphère gauche, et présentant sur toute la convexité de larges taches d'un rouge ecchymotique ou violacé. Ces taches sont d'autant plus grandes et d'autant plus foncées, que l'on se rapproche davantage de la scissure de Sylvius. La pie-mère est un peu épaissie.

La *bandelette optique gauche* est notablement plus petite (1/3 environ) que la droite : l'*éminence mamillaire* gauche est beaucoup plus petite que la droite (moitié environ), le *pédoncule cérébral gauche* est notablement plus petit que le droit. Le côté gauche de la protubérance est affaissé ; la *pyramide antérieure gauche* est aussi plus petite que celle du côté droit ; les olives paraissent égales. — On n'a point remarqué de différence entre les deux côtés de l'hexagone artériel, ni entre les artères qui en partent.

Après l'ablation de la pie-mère, on constate mieux encore

l'*atrophie de l'hémisphère gauche.* Les *circonvolutions* sont toutes atrophiées, les circonvolutions *frontale* et *pariétale ascendantes*, la première circonvolution frontale et le *lobe paracentral* sont considérablement atrophiés, ratatinés et c'est là qu'existe la *lésion primitive.* Par comparaison avec elles, les circonvolutions sphénoïdales sont assez développées, mais moins que les circonvolutions correspondantes de l'hémisphère droit. Les circonvolutions occipitales sont, elles aussi, notablement atrophiées. Les masses centrales et le ventricule latéral ne sont pas lésés.

Hémisphère droit. — Les circonvolutions sont assez volumineuses et les masses centrales, ainsi que le ventricule latéral, n'offrent rien de particulier.

Muscles. — Les muscles de l'avant-bras du côté droit sont un peu plus grêles et moins colorés que leurs homologues du côté gauche, mais ils ne sont point atteints d'atrophie graisseuse.

L'*hémiplégie* chez cette malade, paraît être due à des *convulsions* sur lesquelles les renseignements font défaut. Elle semble s'être accusée peu à peu. Les membres paralysés étaient parfois atteints d'un tremblement convulsif qui tantôt succédait aux accès, tantôt apparaissait spontanément. De plus, il s'est produit, autrefois, sur la jambe paralysée *sept abcès* qui ont laissé des cicatrices n'offrant pas l'aspect des cicatrices consécutives à des nécroses. Est-ce là un accident qu'il faut rattacher à la paralysie? S'agit-il là d'une variété de troubles trophiques? Nous n'oserions nous prononcer d'une façon catégorique.

Le traitement par le *bromure de sodium* n'a pas donné de bons résultats. Il a été administré du 1er juin au 31 octobre 1878; durant cette période, on a compté 14 *accès* et 14 *vertiges;* tandis que dans la période correspondante de 1877, on n'avait enregistré que 13 *accès* et 8 *vertiges.* L'augmentation des vertiges est considérable, mais elle ne peut être mise au passif du médicament, car dans les quatre mois qui ont précédé le traitement T... en avait eu 93.

Signalons enfin la *lésion des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes* avec prédominance dans la *moitié supérieure,* et celle du *lobe paracentral;* — l'atrophie de l'*hémisphère cérébral droit* et de l'*hémisphère cérébelleux gauche.*

Les *nerfs crâniens* ne présentent d'ordinaire aucune modification, sauf, toutefois, la bandelette optique du côté lésé, qui, souvent, est notablement plus petite que celle du côté opposé. Les nerfs rachidiens paraissent souvent augmentés de volume, colorés en jaune, sclérosés sur leur parcours. Shrœder van der Kolk aurait noté une atrophie des ganglions et des racines. M. Cotard aurait constaté aussi une atrophie des ganglions de la portion thoracique du grand sympathique.

Dans les membres paralysés, les *muscles* sont un peu plus grêles et moins colorés que leurs homologues, mais on n'y rencontre pas d'atrophie graisseuse, comme il y a lieu souvent dans la paralysie infantile.

CHAPITRE VI.

Pronostic et traitement.

Il suffit de passer en revue les divers chapitres de ce travail pour se former de suite une opinion pronostique bien nette dans l'épilepsie hémiplégique infantile. C'est évidemment une affection fort grave (nous n'oserions pas le contester), pouvant être mortelle à certaines périodes, et réduisant d'ordinaire à l'infirmité ceux qui en sont atteints, mais pourtant, il ne nous semble pas discutable que son pronostic soit de beaucoup moins sombre que celui de l'épilepsie idiopathique. Rappelons, mais pour mémoire seulement, que, comme nous l'avons signalé en commençant, la presque totalité des cures heureuses d'épilepsie recueillies dans les auteurs anciens, appartiennent à des observations d'épilepsie partielle. Bravais lui-même, dans son travail inaugural, fait sonner bien haut la moindre gravité relative des cas auxquels il donne le nom d'épilepsie hémiplégique. Mais ces faits-là n'offrent pas une similitude parfaite avec notre syndrôme, et si nous les avons rappelés ce n'est que pour mettre en relief, avec des autorités à l'appui, la possibilité de regarder comme moins graves certaines formes d'épilepsie partielle.

Parmi ces formes privilégiées, nous voudrions voir rentrer l'épilepsie hémiplégique infantile que nous venons d'étudier. Nous avons surabondamment insisté sur l'évolution de cette affection, et sur la possibilité de voir les

malades guérir de leurs accès épileptiques vers l'âge de quarante ans. Mais ce résultat heureux est si insolite, si inconnu dans toutes les autres formes sur lesquelles on peut mettre l'étiquette d'épilepsie, que nous désirons rappeler ici, afin d'entraîner la conviction, deux observations déjà publiées par M. Bourneville dans l'*Iconographie photographique* de la Salpêtrière. On y retrouvera avec tous leurs caractères, les diverses phases de notre complexus symptomatique. Les deux malades, Roug... et Lec..., sont passées de la section des épileptiques dans les divisions de l'hospice le 17 décembre 1878, alors qu'elles n'avaient plus d'accès depuis 18 mois à 2 ans. M. Bourneville, qui les a visitées, il y a quelques jours, s'est assuré auprès d'elles, des voisines, des surveillantes, qu'elles n'avaient pas eu non plus d'accès, dans ces quatre dernières années.

Sous un autre point de vue encore, la gravité de la prognose s'atténue : dans l'épilepsie hémiplégique infantile, il est insolite de voir se produire une déchéance intellectuelle progressive (Bourneville). Nous ne voulons pas dire que tous soient des malades intelligents, loin de là ! A la suite de l'ictus primordial, les facultés intellectuelles sont plus ou moins intéressées et tarées, comme nous l'avons mentionné, mais ce qui fait l'originalité de cette entité morbide, c'est que, telles elles sont, telles elles resteront indéfiniment. A quoi cela tient-il? Ne pourrait-on pas rapprocher ce fait de la rareté des vertiges, en se rappelant combien les formes vertigineuses sont fatales pour l'intelligence ? Quoi qu'il en soit, cette absence de déchéance intellectuelle, cette absence absolue de *démence*, jointe à la guérison possible des accidents, viennent justifier notre proposition, de classer à part, aussi bien au point de vue pronostic qu'à tout autre point de vue, l'épilepsie hémiplégique infantile.

II.

Les nombreux *traitements*, pour ainsi dire classiques, de l'épilepsie idiopathique, ont été appliqués aussi bien à nos malades de Bicêtre qu'à celles de la Salpêtrière pouvant être rangées dans le même groupe ; mais cela avec des résultats excessivement variables. Et nous avons le regret de reconnaître que, malheureusement, le médicament spécifique n'est pas encore trouvé.

Assurément, le *bromure de potassium* conserve ici une partie de sa puissance ; assurément, son administration régulière tempère la force de la maladie et raréfie les accès, mais, dans aucun cas, que nous sachions, on n'aurait pu lui attribuer la cessation des crises, la guérison complète. Ajoutons que son action déprimante sur les facultés intellectuelles, qui s'accompagne trop souvent de l'apparition des vertiges, est peut-être une contre-indication à son emploi dans cette forme de l'épilepsie, surtout après la période grave.

Si nous nous reportons à une patiente étude faite par M. le Dr Hublé sur quelques malades de la Salpêtrière (1), nous voyons que, dans trois cas, le *bromure de sodium* aurait pu être assez heureux. Dans le premier (Obs. XXXVII), les accès se sont suspendus durant *sept mois*, et n'ont repris qu'après la cessation du médicament ; dans le second (Obs. XXXVIII), on a obtenu une notable *diminution* des crises épileptiques ; dans le troisième (Obs. XXXIX), les accidents avaient cessé depuis trois

---

(1) Hublé. — *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie*, Thèse de Paris, 1882.

mois, lors de la publication du travail. Ces faits méritent d'être pris en sérieuse considération, et nous regrettons que, de l'aveu même de l'auteur, dans l'Observation XL, malgré le bromure de sodium, on ait vu persister et même s'augmenter les crises durant le traitement.

M. Hublé a aussi résumé les effets du *bromure de zinc* chez les malades soumis à ce traitement par M. Bourneville, et, sous l'influence de ce médicament, la malade qui fait l'objet de sa XXII[e] Observation a vu disparaître ses vertiges et se raréfier considérablement ses accès. Chez une autre (Obs. XXVI), les accès avaient déjà cessé depuis un mois, lorsque le traitement fut brusquement interrompu par la sortie de la malade.

D'autres essais ont encore été faits à Bicêtre dans ces derniers temps ; ils sont en partie consignés dans la thèse de notre excellent ami, le D[r] Bricon(1). Nous trouvons dans ce travail, fait avec le plus grand soin, que dans un certain nombre de cas (Obs. XLVI, XLVII, XLVIII, XLVX, L, LI, LII, LIII, LIV), l'*hydrothérapie*, sous forme de douches en pluie et en jet, aurait amené une notable amélioration, et une raréfaction considérable dans le nombre des accès par rapport aux mois précédents, et aussi par rapport aux mois correspondants des années précédentes.

Chez d'autres malades, le même observateur a employé le *magnétisme minéral*, et des *armures* de toutes formes leur ont été appliqués. Mais ce moyen qui, d'après Andry et Thouret, avait échoué chez le malade Guigard dont nous avons déjà parlé (p. 6), n'a pas été ici plus couronné de succès. Disons pourtant, à titre de curiosité, que, dans certains cas d'*Epilepsie jackso-*

---

(1) Bricon. — *Du traitement de l'épilepsie.* Thèse de Paris, 1882 n° 220.

nienne pure, les malades auraient paru retirer quelque bénéfice (1) de l'application des aimants.

Notons enfin, pour les éliminer, le bromure de camphre, le bromure d'arsenic, les sels de pilocarpine, qui ont été employés sans succès, à Bicêtre, dans cette forme d'épilepsie. Il reste encore de nombreux agents à employer, tels que les sels d'or, de platine, l'élixir polybromuré d'Yvon, etc. ; ces produits sont actuellement et journellement employés dans la lutte contre l'épilepsie ordinaire. Nous espérons qu'après avoir accepté l'autonomie de l'*épilepsie hémiplégique infantile*, et lui avoir donné droit de domicile dans la pathologie des affections nerveuses, on ne s'en tiendra pas là, et qu'on cherchera davantage encore ce but vers lequel doit tendre toute étude médicale, à savoir les moyens curatifs de la maladie.

---

(1) Bricon. — *Loc. cit.*, p. 162-170.

CONCLUSIONS

I. Parmi les épilepsies partielles, et, dans celles-ci, parmi les épilepsies hémiplégiques proprement dites, il en est une à laquelle on peut donner le nom d'*épilepsie hémiplégique infantile*.

II. Cette forme mérite d'occuper une place à part dans la pathologie, à cause de ses symptômes spéciaux, de son évolution, de sa terminaison, de son pronostic et des lésions qui la dominent.

III. Ce véritable *syndrôme* débute chez de jeunes enfants par des convulsions, se répétant sous forme d'état de mal; les convulsions sont limitées à un côté du corps, ou tout au moins prédominent d'un côté, et cela à un haut degré.

IV. Ces *convulsions* sont suivies, plus ou moins rapidement, d'une hémiplégie du même côté, laquelle peut être plus ou moins complète, et se compliquer d'arrêts de développement, de contracture, d'hémichorée, d'athétose, de troubles trophiques divers, enfin, mais rarement d'hémianesthésie.

V. Après un temps indéterminé et variable, surviennent des crises épileptiques, souvent précédées d'aura, parfois réellement partielles et limitées au côté paralysé, surtout au début; d'autres fois généralisées, mais avec prédominance des accidents du côté paralysé.

VI. La succession fatale de ces symptômes permet de les classer en trois périodes : 1° période des convulsions ; 2° période de paralysie ; 3° période d'épilepsie.

VII. Il n'est pas impossible de voir les accès épileptiques se raréfier, et disparaître complètement vers l'âge de quarante ou cinquante ans.

VIII. Il résulte de la connaissance de ce fait, jointe à l'absence de la démence, que, dans cette forme, le pronostic est relativement moins sombre.

IX. On trouve constamment à l'autopsie des lésions cérébrales corticales. Ce sont généralement des lésions d'atrophie cérébrale partielle, paraissant souvent primitives (encéphalites), d'autres fois consécutives à des lésions variables (plaques jaunes, kystes, etc.), et accompagnées de dégénérations secondaires.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIÈRE PARTIE.

NOTIONS PRÉLIMINAIRES. FORMES DE L'ÉPILEPSIE PARTIELLE.

DEUXIÈME PARTIE.

ÉPILEPSIE HÉMIPLÉGIQUE INFANTILE.

EXPLICATION DES PLANCHES

Planche I.

Figure 1. — *Face convexe de l'hémisphère droit.*

F_1, F_2, F_3, première, deuxième et troisième circonvolutions frontales.
Fa, Fa, frontale ascendante.
Pa, Pa, pariétale ascendante.
P_1, P_2, lobules pariétaux supérieur et inférieur.
P_3, pli courbe.
L. O., lobe occipital.
T_1, T_2, T_3, circonvolutions temporales.

Figure 2. — *Face interne de l'hémisphère droit.*

F_1, face interne de la première circonvolution frontale.
Lp, lobule paracentral.
L. Q., lobe carré.
L. C., coin.
L. O., lobe occipital.
H, hippocampe.
T_4, T_5, circonvolutions temporales.
Cc, circonvolution du corps calleux.

Planche II.

Figure 1 *et figure* 2. — Les lettres ont la même signification que sur la planche précédente. En comparant les figures de la planche II à celles de la planche I, circonvolution par circonvolution, on se rend un compte exact des lésions de l'hémisphère gauche.

PARIS. · IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.

Fig. 1 PL. 1

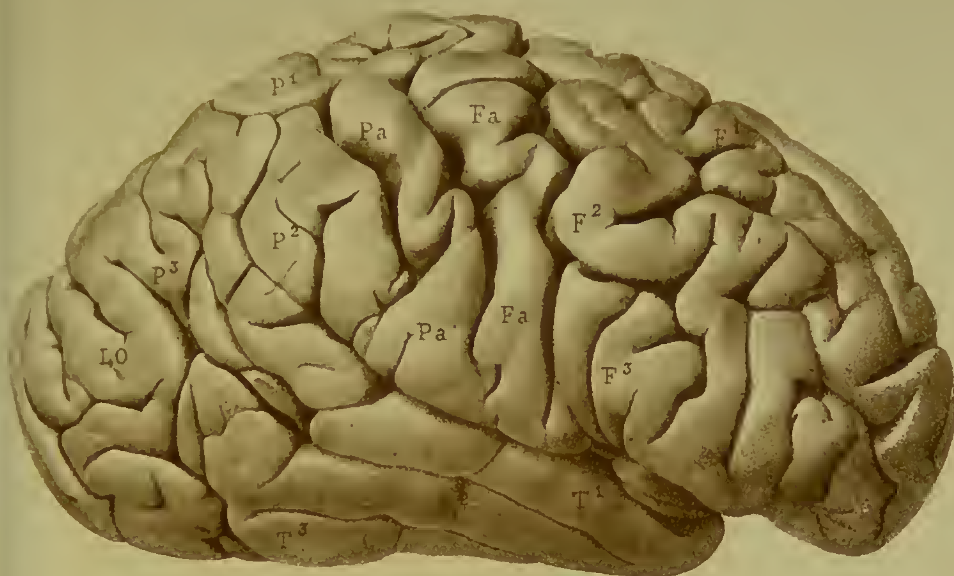


Fig. 2

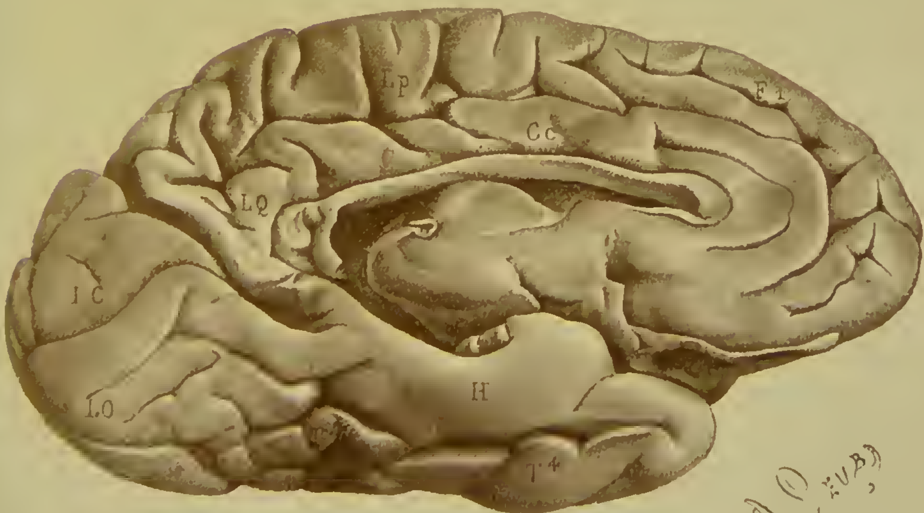


Imp Becquet, Paris

Fig. 1



Fig. 2



Imp. Becquet, Paris